

Du Traitement du Lupus

et de

l'utilité de la création

de

Centres régionaux anti-lupiques

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le 25^e Janvier 1936

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

VOIRIN (Pierre-Charles)

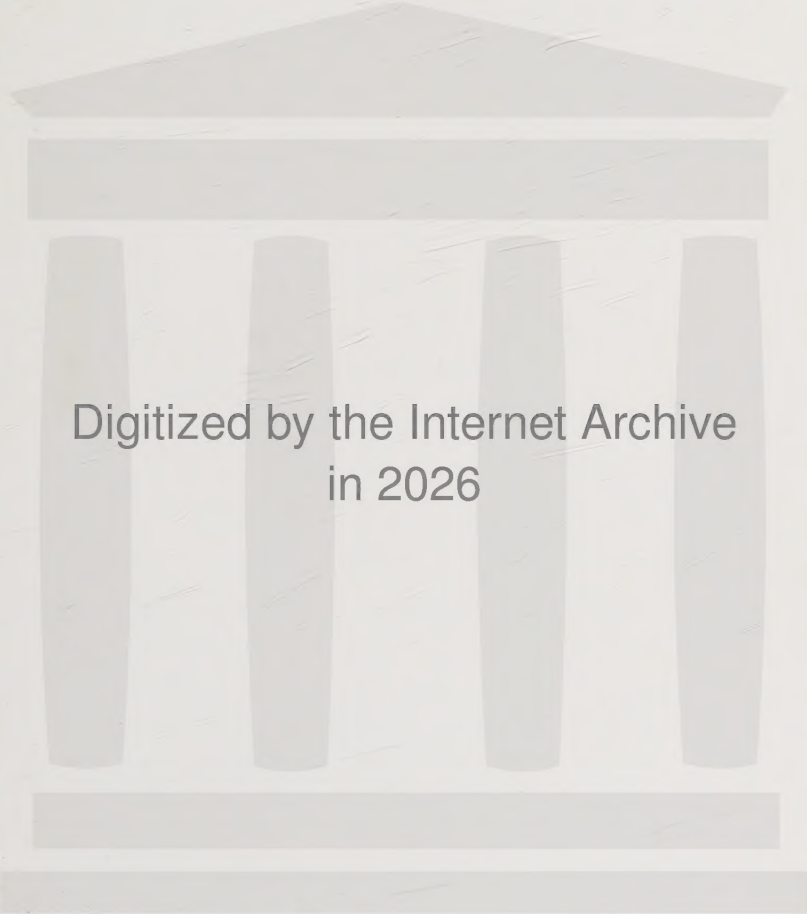
Ancien Externe des Hôpitaux

né le 31 mai 1909, à Nancy (Meurthe-et-Moselle)

Examineurs de la Thèse :	{	MM. SPILLMANN, Professeur ..	Président.
		MICHEL, Professeur	Juges.
		WATRIN, Professeur	
		CHALNOT, Agrégé	

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées
sur les diverses parties de l'enseignement médical*

NANCY
IMPRIMERIE GEORGES THOMAS
Angle des rues de Solignac et Henri-Lepage
1936



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551909_0027

Du Traitement du Lupus

et de

l'utilité de la création

de

Centres régionaux anti-lupiques

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le 25 Janvier 1936

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

VOIRIN (Pierre-Charles)

Ancien Externe des Hôpitaux

né le 31 mai 1909, à Nancy (Meurthe-et-Moselle)

Examineurs de la Thèse :	{	MM. SPILLMANN, Professeur ..	Président.
		MICHEL, Professeur.....	Juges.
		WATRIN, Professeur.....	
		CHALNOT, Agrégé	

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées
sur les diverses parties de l'enseignement médical*

NANCY
IMPRIMERIE GEORGES THOMAS
Angle des rues de Solignac et Henri-Lepage

1936

Université de Nancy - Faculté de Médecine

Doyen: M. L. SPILLMANN, O $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$

Professeurs honoraires: MM. NICOLAS, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$; WEISS, O $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$;
BOUIN, O $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$; ANCEL, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$; GARNIER, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$; MACÉ, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$;
P. PARISOT, O $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$; DUFOUR, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$; G. THIRY, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.

PROFESSEURS:

Anatomie pathologique	M. L. HOCHÉ, O $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.
Clinique médicale	M. M. PERRIN, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.	M. L. SPILLMANN, O $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie.	M. FRÉLICH, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.
Physiologie	M. M. LAMBERT, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	M. A. FRUHNHOLZ, O $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	M. P. JACQUES, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.
Clinique de chirurgie urinaire	M. P. ANDRÉ, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.
Histologie	M. R. COLLIN, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.
Anatomie descriptive	M. M. LUCIEN, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.
Clinique chirurgicale	M. G. MICHEL, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.
Clinique médicale	M. L. RICHON, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.
Chimie médicale	M. H. ROBERT, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.
Hygiène et médecine préventive	M. J. PARISOT, C $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.
Clinique chirurgicale	M. HAMANT, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.
Clinique ophtalmologique	M. P. JEANDELIZE, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.
Hydrologie	M. SANTENOISE, $\star$, A $\text{\textcircled{U}}$.
Clinique des maladies des enfants	M. L. CAUSSADE, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.
Bactériologie	M. DE LAVERGNE, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.
Thérapeutique	N.
Professeurs sans chaire	M. L. JOB, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.
	M. WATRIN, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES:

Clinique des maladies tuberculeuses	M. ABEL, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$, agrégé.
Pathologie générale	M. P. SIMONIN, A $\text{\textcircled{U}}$, agrégé.
Clinique gynécologique	M. P. SIMONIN, A $\text{\textcircled{U}}$, agrégé.
Pathologie externe	M. A. BINET, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$, agrégé libre.
Clinique des maladies contagieuses	M. GUILLEMIN, A $\text{\textcircled{U}}$, agrégé.
Propédeutique dermatologique	M. DE LAVERGNE, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$, professeur.
Médecine opératoire	M. WATRIN, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$, prof. s. chaire.
Electrothérapie et radiologie	M. M. BARTHÉLEMY, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$, ag. 1.
Accouchements (cours théorique)	M. G. LAMY, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$, ch. du c., ag. 1.
Obstétrique	M. JOB, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$, prof. sans chaire.
Clinique propédeutique médicale	M. VERMELIN, $\star$, A $\text{\textcircled{U}}$, agrégé.
Anatomie et Médecine légale	M. DROUET, A $\text{\textcircled{U}}$, agrégé.
Pathologie interne	M. MUTEL, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$, agrégé.
Clinique des maladies mentales	M. ABEL, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$, agrégé.
Education physique (1)	M. HAMEL, $\star$, docteur.
Physiologie du travail	M. L. MERKLEN, A $\text{\textcircled{U}}$, agrégé.
Clinique neurologique (1)	M. L. MERKLEN, A $\text{\textcircled{U}}$, agrégé.
Propédeutique O.-R.-L. (1)	M. MICHON, docteur.
Parasitologie	M. AUBRIOT, docteur.
	M. DOMBRAY, docteur.

AGRÉGÉS EN EXERCICE:

MM. MERKLEN, A $\text{\textcircled{U}}$.	MM. POURSIÈNES.	MM. GUILLEMIN, A $\text{\textcircled{U}}$.
FLORENTIN.	MELNOTTE, O $\star$.	ABEL, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.
BODART.	MUTEL, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.	DROUET, A $\text{\textcircled{U}}$.
CHALNOT.	VERMELIN, $\star$, A $\text{\textcircled{U}}$.	SIMONIN, A $\text{\textcircled{U}}$.
WOLFF, A $\text{\textcircled{U}}$.		

AGRÉGÉS LIBRES:

MM. G. GROSS, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$; S. RÉMY, I $\text{\textcircled{U}}$; BUSQUET, I $\text{\textcircled{U}}$;
M. FAIRISSE, I $\text{\textcircled{U}}$; BINET, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$; BARTHÉLEMY, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$; LAMY, $\star$, I $\text{\textcircled{U}}$.

M. E. TRIBOLET, I $\text{\textcircled{U}}$, Secrétaire

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.



A mon Père

LE DOCTEUR PAUL VOIRIN

Chevalier de la Légion d'honneur

Trop faible témoignage de ma gratitude pour tout ce qu'il a fait pour moi, en particulier pour les conseils qu'il m'a prodigués et l'exemple de l'amour du devoir qu'il montre chaque jour.

A ma Mère

En reconnaissance de sa prévoyance et de l'affection qu'elle m'a toujours portée.

A ma Sœur

A mon Frère

A mon Beau-Frère

A mes Parents et Amis

À mon Président de Thèse

M. LE PROFESSEUR SPILLMANN

Doyen de la Faculté de Médecine

Officier de la Légion d'honneur

À mes Juges:

M. LE PROFESSEUR G. MICHEL

Chevalier de la Légion d'honneur

M. LE PROFESSEUR WATRIN

Chevalier de la Légion d'honneur

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHALNOT

PRÉFACE

Arrivé au terme de nos études, nous tenons à exprimer notre reconnaissance à tous ceux à qui nous devons notre formation médicale.

Nous adressons tout d'abord nos remerciements à notre Maître, M. le Professeur SPILLMANN. Nous avons toujours apprécié son enseignement dans ses leçons cliniques et à la consultation de l'Hôpital Fournier, où la sûreté de son diagnostic et la clarté de son exposé ont fait notre admiration. Il a été, de plus, pour nous un conseiller et un guide précieux. Il nous a inspiré le sujet de notre thèse et grâce à lui nous avons pu la mener à bien. Il en a accepté la présidence, et ainsi il nous a témoigné une fois de plus sa bienveillance.

Nous exprimons aussi notre reconnaissance à M. le Professeur MICHEL, qui a bien voulu juger ce travail. Son enseignement empreint de tant de sagesse et de prudence, en même temps que de fermeté dans la décision, est resté gravé dans notre mémoire.

Nos remerciements vont ensuite à M. le Professeur WATRIN qui a guidé nos premiers pas dans la carrière par ses leçons d'histologie si vivantes, et qui dans la suite nous a prodigué ses conseils avertis dans la voie de la Dermatologie.

Nous n'oublierons pas non plus M. le Professeur CHALNOT. Comme interne, puis comme chef de clinique, il a enseigné à son jeune camarade les éléments de la Chirurgie. Il a bien voulu accepter d'être notre juge, nous l'en remercions bien cordialement.

C'est aussi pour nous une occasion de dire toute notre reconnaissance à MM. les Professeurs FRÆLICH, JACQUES, HAMANT et DROUET, dont nous avons été l'externe. Nous n'oublierons jamais leurs leçons ni celles de tous nos maîtres à la Faculté et dans les Hôpitaux.

Nous sommes également redevable à M. le Professeur GOUGEROT et aux chefs de service de l'Hôpital Saint-Louis de Paris, qui nous ont accueilli avec bienveillance, et au Docteur Jean MEYER, qui nous a instruit du fonctionnement de son appareil.

L'enquête que nous avons menée pour l'élaboration de ce travail nous a été facilitée par MM. les Docteurs LÉVY et CHÉRY, de Nancy, WELTER, de Metz, PIERSON, de Saint-Mihiel, RENARD, de Gray, MOLLY, de Bourbonne-les-Bains, GAUDEZ, de Bologne, CHARDIN, de Saint-Dizier. Nous estimons de notre devoir de leur exprimer ici notre gratitude.

Qu'il nous soit enfin permis d'adresser un souvenir ému à la mémoire de M. le Professeur ETIENNE, qui, durant les mois d'externat que nous avons passé dans son service, n'a cessé de nous prodiguer les marques de sa bonté.

INTRODUCTION

Nous avons eu tout d'abord l'intention de traiter à fond la question du traitement des tuberculoses cutanées, et d'exposer le problème social ainsi posé. Devant l'étendue de la question, nous avons dû nous limiter. C'est pourquoi la première partie de notre travail ne comporte que le traitement du *lupus vrai*. Et encore, cette revue thérapeutique n'est pas complète, et ne donne que les principaux procédés employés. Nous avons voulu nous étendre surtout sur la Finsenthérapie qui reste le procédé de choix si on veut obtenir une belle cicatrice.

Comme l'enquête que nous avons poursuivie dans notre région pendant les mois d'été 1935 portait sur toutes les tuberculoses de la peau en général, nous en donnerons les résultats dans la deuxième partie, insistant d'ailleurs plus particulièrement sur le *lupus vrai*.

Les résultats de cette enquête nous ont été facilités par la bonne volonté avec laquelle les médecins ont daigné nous répondre. Sur un envoi de 753 questionnaires dans les six départements de notre région (Meurthe-et-Moselle, Moselle, Vosges, Meuse, Haute-Saône et Haute-Marne), nous avons eu la satisfaction de nous voir parvenir 303 réponses. Nous en remercions tous nos confrères à qui nous avons imposé un

surcroît de travail, spécialement les médecins des Vosges, qui ont répondu dans la proportion de 50 %.

La deuxième partie de ce travail comprend l'exposé des résultats de l'enquête régionale et les conclusions pratiques qui en ressortent pour la lutte sociale contre le lupus.

L'exposé des différents traitements du lupus ne comprenant que les procédés essentiels et excluant les thérapeutiques employées dans toutes les autres tuberculoses de la peau, il en est qui figurent dans la deuxième partie et non dans la première et inversement, car les méthodes employées par les médecins praticiens ne sont pas toujours celles que nous avons jugées les plus efficaces.

Nous avons insisté sur les difficultés du traitement tardif en montrant en même temps les grands avantages du traitement précoce.

Les constatations faites nous ont amené à démontrer la nécessité de l'organisation de centres anti-lupiques. Nous avons pris comme exemple le centre créé à la Clinique de Dermatologie de la Faculté de Médecine de Nancy.

PREMIÈRE PARTIE
LES TRAITEMENTS DU LUPUS

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Les anciens auteurs avaient observé que le lupus peut guérir spontanément par la substitution d'un tissu de cicatrice au tissu morbide: leur but était donc, comme le disait BROcq, de provoquer un travail inflammatoire qui facilite cette transformation en tissu fibreux, d'où l'usage de divers caustiques et de cautérisations. L'ablation totale, longtemps préconisée, avait été abandonnée, car les récidives étaient fréquentes. Cependant, les anciens cliniciens comme LUGOL, HARDY, BAZIN, LAILLER, VIDAL, BESNIER avaient déjà, bien avant la découverte de Robert KOCH, classé le lupus parmi les scrofulides et appliquaient à cette affection le traitement général utilisé à cette époque contre la scrofule.

Avec la découverte de l'étiologie bacillaire du lupus, démontrée par FRIEDLANDER, MAX SCHULLER, LELLOIR et surtout R. KOCH, l'ancienne conception fût modifiée par la notion de parasitisme: on crut un instant qu'en trouvant une substance capable de détruire *in situ* l'agent infectieux en respectant les tissus sains, le problème de la thérapeutique du lupus serait résolu.

C'est ainsi que BIETT, AUSPITZ employaient l'iode : ce dernier auteur préconisait d'enfoncer dans chaque nodosité lupique, une aiguille trempée dans la glycérine iodée. KAPOSÍ utilisait le nitrate d'argent. Le sublimé, en application ou même en injection interstitielle fut un moment considéré comme le meilleur parasiticide contre le lupus (DOUTRELEPONT DE BONN, WHITE, AUSPITZ, TANSINI).

Mais il fallut bien vite revenir à des conceptions moins simplistes, car on s'aperçut que le problème de la guérison du lupus, comme celui de toute tuberculose, ne se résout pas uniquement par la destruction du germe.

C'est surtout en agissant sur le terrain et sur les tissus malades, en les mettant en état de mieux lutter contre le bacille, qu'on parviendra à juguler l'infection. D'autre part, on admettait le rôle fréquent du terrain syphilitique dans l'évolution du lupus. En somme, on revenait à l'ancienne conception du lupus considéré comme une scrofulide. Les grandes indications thérapeutiques demeuraient donc toujours : substituer un tissu de cicatrice au tissu morbide et agir par un traitement général dirigé contre le terrain tuberculeux. Mais, quoique tendant au même but, la thérapeutique du lupus allait bénéficier de toutes les nouvelles techniques biologiques, chimiothérapiques, chirurgicales et surtout physiothérapiques.

C'est ainsi que le traitement du lupus comporte aujourd'hui un grand nombre d'agents thérapeutiques qui permettent d'adapter à chaque cas particulier les méthodes donnant le plus de chances d'une prompte et définitive guérison.

On conçoit donc que la question de la thérapeutique du lupus est extrêmement vaste et complexe.

Nous nous bornerons à passer en revue et à décrire rapidement les procédés qui sont actuellement préconisés. Nous insisterons particulièrement sur ceux qui donnent les résultats les plus favorables.

Nous diviserons notre étude en deux parties : la première sera réservée aux traitements internes qui jouent toujours un rôle adjuvant très utile ; dans la deuxième, nous nous étendrons plus longuement sur les traitements externes de beaucoup les plus importants, puisqu'il s'agit d'une affection locale, résultat de l'inoculation directe d'un parasite (Brocq).

CHAPITRE II

TRAITEMENT INTERNE DU LUPUS TUBERCULEUX

Avec Jean MEYER, on peut diviser les lupiques en deux catégories: le premier groupe est composé de malades qui semblent atteints d'une dermatose accidentelle, strictement localisée, non évolutive, qui, non traitée, gagne lentement en tache d'huile, mais sans essaimage. Ils n'ont pas d'adénopathie; leur état général est bon, leur capacité de travail intacte. L'expérience montre que la guérison locale n'est suivie d'aucune rechute, d'aucune nouvelle manifestation bacillaire. « Chez ces malades, le traitement interne ne présente plus beaucoup d'intérêt ».

Dans un second groupe, au contraire, il faut faire entrer une première catégorie de malades: ceux qui ne guérissent pas par le seul traitement local. Les récidives sont fréquentes sur les cicatrices ou à distance, la dermatose conserve une allure évolutive. D'autres malades présentent des manifestations bacillaires ailleurs que sur la peau; ganglionnaires et osseuses surtout; car la tuberculose pulmonaire, dans sa forme évolutive tout au moins, est relativement

rare chez les lupiques (loi de Marfan). Enfin, à ce même groupe, il faut encore ajouter « les lupiques qui ont un état général déficient, qui maigrissent, se fatiguent, supportent mal un labeur quotidien normal » (Jean MEYER). Pour tous les malades de ce dernier groupe, et qui représentent environ la moitié du nombre total des lupiques, un traitement général s'impose, car un traitement local seul serait impuissant à réaliser la guérison. Il faut du reste constater que ce traitement général n'est malheureusement pas toujours mis en œuvre à cause des difficultés matérielles que comporte une thérapeutique interne à si longue échéance.

Le traitement général comporte plusieurs méthodes que nous diviserons ainsi :

I. *Les agents antituberculeux*, véritable traitement étiologique :

A) La chimiothérapie antibacillaire avec : les sulfates de terres rares, l'éther benzylcinnamique de Jacobson, et surtout les sels d'or.

B) La thérapeutique biologique avec : les tuberculines, les vaccins type Vaudemer, antigène méthylique de Boquet et Nègre, allergine de Jousset.

Nous y ajouterons l'extrait glycéринé de sang de mouton (méthode de Ramel).

II. *Les médicaments « antiscrofuleux »*.

Le type en reste l'huile de foie de morue. Il faut y ajouter les préparations iodées, phosphatées, arsenicales et ferrugineuses, et enfin la vitamine D.

Dans cette même catégorie on peut faire entrer l'opothérapie et les traitements hydrominéraux antiscrofuleux.

III. *L'hétérothérapie antisyphilitique.*

Nous retiendrons :

- 1° Le calomel ;
- 2° Les novarsénobenzènes ;
- 3° Le bismuth, surtout employé dans le traitement du lupus érythémateux.

IV. *Les traitements par les agents physiques.*

A) Les agents physiques naturels :

Héliothérapie : cure hélioclimatique.

B) Les agents physiques artificiels :

Photothérapie artificielle.

V. *Les traitements diététiques.*

Régime de Gerson-Sauerbruch.

I. — LES AGENTS ANTITUBERCULEUX

A) *La Chimiothérapie*

1° *Les sels de terres rares.* — Sulfate de didyme, néodyme, praséodyme, samarium en solution aqueuse à 2 % (géodyl, pelospanines) ont été utilisés en injections intraveineuses (FROUIN, GRENET et DROUIN). On fait des séries de 15 à 20 injections quotidiennes de 2 cc. à 5 cc. On fait 8 à 10 cures, avec 15 jours d'arrêt intercalaires. Leur emploi demande de grandes précautions, mais si l'on a soin de ne pas les utiliser chez les lupiques atteints de tuberculose viscérale ou

ganglionnaire évolutive, ou dans les cas de lupus trop ulcéreux, on obtient une cicatrisation centrifuge d'autant plus rapide que la lésion était plus surélevée primitivement. Cette thérapeutique est contre-indiquée dans le lupus érythémateux.

2° *L'éther benzylcinnamique de Jacobson*. — Il est indiqué dans les lésions ulcéreuses et végétantes, surtout dans les lupus des muqueuses (voile du palais, langue).

Les injections sous-cutanées de 2 cc. sont faites tous les jours pendant un mois; on laisse 15 jours d'intervalle entre chaque série.

Ce traitement peut être alterné avec les sels de terres rares.

Citons encore, à côté de l'éther benzylcinnamique, la choline et ses dérivés qui s'emploient dans les mêmes conditions.

3° *Sels d'or*. — Nous n'insisterons pas sur l'action antibacillaire de ces préparations que l'on tend souvent à employer dans le traitement de toutes les formes de tuberculose; on les utilise souvent avec succès dans le lupus érythémateux, surtout dans sa forme exanthématique. Leur utilité est des plus discutables dans le traitement du lupus vulgaire. En effet, il semble que, sauf dans certaines formes ulcéreuses, le lupus nodulaire n'est pas amélioré par le traitement aurique (GOUGEROT, BAGNOLI).

D'autre part, étant donné les dangers qu'offre cette méthode, il est préférable de s'en abstenir et d'utiliser une autre chimiothérapie.

B) *La Thérapeutique biologique*

1° *La tuberculinothérapie.* — Ce traitement, abandonné à la suite des essais désastreux de 1890, peut être utilisé s'il est prudemment manié. Entre les mains de DARIER il a donné « des améliorations et des quasi-guérisons ». SÉZARY l'emploie de préférence à toute autre vaccinothérapie de la tuberculose cutanée.

La tuberculine est absolument contre-indiquée dans le lupus érythémateux, chez les tuberculeux dont l'état général est très déficient; dans les formes aiguës ou fébriles, chez les congestifs, les hyperexcitables et dans les formes localement très destructives.

On voit que l'emploi de la tuberculine ne reste possible que chez les tuberculeux capables d'un effort défensif et dont la bacillose est relativement torpide.

Il ne faut jamais employer la tuberculine brute, mais la tuberculine dite C.L. de Poulenc ou bien une tuberculine brute diluée dans le sérum physiologique (LORTAT-JACOB, LEGRAIN et SÉZARY). On commence par des dilutions au 1/1.000.000^e de milligramme, pour arriver à un milligramme; on injecte la tuberculine sous la peau ou mieux dans le derme (DARIER), à raison de une ou deux injections par semaine, pendant plusieurs mois. Signalons que certains auteurs associent avec avantage la tuberculine aux arsénobenzènes (sulfarsénol) (SÉZARY, PAUTRIER). Mais la méthode est d'un emploi particulièrement délicat.

Il faut faire d'abord une intradermo-réaction d'essai. Ensuite, il est nécessaire de surveiller les

poussées fébriles et de ne pas augmenter les doses en cas de réaction et même diminuer ou cesser la médication si la température augmente de 2° ou plus (GOUGEROT). Enfin toute infection intercurrente est une contre-indication absolue. Dans ces conditions, en dehors de certains services hospitaliers, on conçoit que beaucoup préféreraient utiliser d'autres thérapeutiques vaccinales.

2° *L'allergine de Jousset.* — Comme la tuberculine, l'allergine de Jousset est d'un maniement délicat. Avant de l'utiliser, il faut faire une cuti-réaction à la tuberculine; il ne faut pas employer l'allergine chez les malades dont la cuti-réaction est négative ou trop faible (sans nodule, pourprée ou livide) (GOUGEROT).

Il faut injecter sous la peau et dans le muscle $1/4$ de cc. d'allergine le matin et prendre la température de 3 heures en 3 heures. Si la température monte de plus de $2^{\circ}5$, il faut renoncer à l'allergine.

Sinon, on peut faire, 4 jours après, $1/2$ cc. d'allergine. La même dose est répétée tous les 15 jours ou tous les mois. Si l'on ne constate aucune amélioration après la deuxième injection, la méthode est à rejeter.

3° *Le vaccin de Vaudremet.* — Très commode à manier, il existe à deux concentrations différentes, l'une faible, réservée aux tuberculeux fragiles ou cachectiques, l'autre forte, qui convient à la majorité des lupiques. On fait deux fois par semaine une injection sous-cutanée de vaccin, en montant progressivement de $1/4$ de cc. à 2 cc. par injection. Les séries

sont de 12 injections avec des intervalles de 15 jours à un mois.

4° *L'antigène méthylique de Boquet et Nègre.* — C'est également un vaccin d'un emploi très facile.

A l'hôpital Fournier de Nancy, c'est la méthode que l'on emploie généralement pour le traitement biologique du lupus. Il en existe deux concentrations : antigène dilué et antigène pur. Avec la solution diluée, on fait des séries de 20 injections bi-hebdomadaires sous-cutanées en répétant 5 fois de suite la même dose ; les doses sont progressivement de 1/4, 1/2, 3/4 et 1 cc. Si la première série est bien tolérée, ce qui est la règle, on peut employer ensuite l'antigène pur.

Nous ne parlerons pas de la sérothérapie antituberculeuse, qui semble peu efficace dans le lupus vulgaire et qui doit être réservée aux cas graves de lupus érythémateux aigu.

5° Par contre, nous citerons encore une médication biologique : l'extrait glycéринé total de sang de mouton (Diatonine) qui a donné à RAMEL de bons résultats en ingestion, associé aux applications locales du même produit (Diatergol).

Quoique le mécanisme d'action du sang de mouton dans les tuberculoses cutanées reste mystérieux, on constate une augmentation du poids, une action tonique et reconstituante marquée.

Les doses sont progressivement de 3 à 15 gouttes par jour. Chaque cure dure en moyenne 6 semaines (Cf. Société de Dermatologie, mars 1934).

II. — LES MÉDICAMENTS ANTISCROFULEUX

Un peu abandonnés au profit des médications spécifiques ou paraspécifiques, ils gardent leur utilité comme traitement adjuvant, surtout chez les enfants.

L'huile de foie de morue, riche en vitamines naturelles ou même artificiellement vitaminée, garde la première place.

On peut la prescrire soit en ingestion, soit en friction, en l'additionnant de gâïacol et d'essence de citron.

L'ergostérol irradié, sous forme d'huiles vitaminées, se prescrit aux doses de 10 à 20 gouttes *pro die*.

La série des iodiques (albumines iodées tout particulièrement) continue à être employée. Le sirop iodotannique phosphaté et arsénié reste au formulaire de l'hôpital Saint-Louis.

La série des phosphates, celle des arsenicaux (cacodylate) gardent toute leur valeur.

L'opothérapie hépatique, splénique ou surrénale, dans les cas où l'anémie et l'asthénie sont marquées. Les extraits opothérapiques ou pluriglandulaires ont souvent une action heureuse sur certains terrains scrofuleux.

Enfin, nous dirons un mot des cures hydrominérales. Les eaux chlorurées sodiques fortes (Salins-du-Jura, Salins-Moutiers, Besançon - la - Mouillière, Salies-de-Béarn, Biarritz); les eaux arsenicales (La Bourboule), sous forme de bains, ont une action résolutive et tonique chez les lymphatiques.

III. — HÉTÉROTHÉRAPIE ANTISYPHILITIQUE

L'hétérothérapie antisypilitique, pour reprendre l'expression de MILIAN, joue un rôle important dans la thérapeutique du loup.

La syphilis en activité, acquise ou héréditaire, n'est pas très rare chez les lupiques; il se produit alors un hybride, un scrofulate de vérole, suivant l'expression de RICORD.

On conçoit que dans ces cas le traitement antisypilitique puisse donner de brillants résultats; en tout cas, il est inoffensif s'il est employé avec la prudence habituelle.

Mais, même dans les cas où la syphilis semble très improbable, la médication arsénobenzolique et bismuthique a une action eutrophique parfois très marquée, agissant sans doute par modification du terrain (SÉZARY). DARIER préconise, comme BROCA, les injections intramusculaires de calomel.

Le bismuth a l'inconvénient d'être souvent mal toléré par les bacillaires, sauf sous forme d'iodobismuthate de quinine, plus tonique. Il est surtout indiqué dans le loup érythémateux.

Les arsénobenzènes trivalents, de préférence sous forme de sulfarsénol, réunissent le plus d'avantages.

IV. — TRAITEMENT GÉNÉRAL PAR LES AGENTS PHYSIQUES

On sait que la lumière provoque une action très nette sur l'organisme; nous étudierons plus loin l'action locale de la lumière actinique; mais, du point de vue général, la lumière agit sur les terminaisons nerveuses intracutanées et renforce les défenses antituberculeuses cutanées (Exophylacines d'Hoffmann) et de l'organisme.

A) *Agents physique naturels*

Héliothérapie et cure hélioclimatique. — Cette méthode associe au soleil, l'air, l'exercice, le climat. FINSSEN, comme le rappelle J. MEYER, avait d'emblée remarqué combien le soleil du Midi combat efficacement le lupus si fréquent aux bords de la Baltique. La question a été étudiée tout particulièrement au Congrès international de la Lumière (Copenhague, 1932). A elle seule, la cure hélioclimatique améliore nombre de lupiques et en guérit quelques-uns. En tout cas, elle améliore toujours leur état général. Signalons qu'il existe actuellement en France un sanatorium héliothérapique, dépendant de l'Institut d'Actinologie de Paris, à Vallauris-le-Cannet (Alpes-Maritimes); grâce aux solariums tournants et aux dispositifs optiques employés, les lupiques peuvent bénéficier largement de la cure. La cure d'exercices et l'action de l'air ajoutent au soleil leur rôle favorable, dans les échanges cutanés (Congrès de Copenhague). Rappelons que l'héliothérapie est formellement contre-indiquée dans le lupus érythémateux.

B) *Photothérapie artificielle*

Moins efficace que l'héliothérapie, la photothérapie artificielle augmente cependant la proportion des guérisons et en tout cas accélère l'action du traitement. Pour AXEL REYN, de Copenhague, « tous les lupiques doivent être systématiquement soumis aux bains généraux d'ultra-violets ; seuls en seront exemptés les tuberculeux pulmonaires ».

L'amaigrissement et les poussées fébriles sont des contre-indications ou tout au moins nécessitent un dosage et une répartition différentes des séances. D'autre part, la peau s'accoutume à ces bains généraux et finit par ne plus réagir. Il faut atteindre la dépigmentation pour recommencer les séances. Lorsque l'on fait en même temps la photothérapie locale, on a intérêt à faire coïncider les phases de repos avec l'interruption de la finsenthérapie. Les bains généraux ont leur maximum d'effet dans les lupus à localisations multiples et chez les sujets déprimés ou anorexiques.

On utilise pour la photothérapie générale les rayons U.V. qui constituent une simplification de la finsenthérapie. On se sert indifféremment de l'arc ou de la vapeur de mercure, mais on tend actuellement à préférer l'arc ; surtout l'arc à électrodes polymétalliques (SAÏDMAN). Il faut de grands bains généraux provoquant une forte pigmentation. Les séances sont répétées 2 ou 3 fois par semaine, en séries de 15 ou 20, et reprises après 2 mois de repos. On fait ainsi 3 ou 4 séries dans l'année.

Les bains d'ultra-violets sont employés d'une façon générale, conjointement avec la thérapeutique locale. D'après SAÏDMAN, cette association fait monter de 60 à 85 % le nombre des guérisons. Le seul point encore en litige est celui de la longueur d'onde la plus favorable (Jean MEYER).

V. — TRAITEMENTS DIÉTÉTIQUES

A la suite des travaux de GERSON, la question du traitement diététique du lupus est à l'ordre du jour.

Au Congrès de Dermatologie de Copenhague (1930), nombre de congressistes ont vanté les heureux effets du régime de Gerson.

Cet auteur a admis que les lupiques devaient absorber le plus possible de substances réminéralisantes et de vitamines. Pour faire assimiler ces substances, il a supprimé le sel marin. L'alimentation comprend surtout des légumes, des fruits, du beurre et très peu de féculents, de sucre, de viande. Il prescrit une spécialité, le minéralogène, composé d'un mélange de sels. D'autres auteurs, comme FRANÇOIS, d'Anvers, suppriment le minéralogène. GERSON base son régime sur le principe théorique que la civilisation a perverti l'homme. Au lieu de suivre l'exemple des animaux et de l'homme primitif qui se nourrissaient d'aliments à l'état naturel, l'homme actuel altère ses aliments en les faisant bouillir ou en les cuisinant. GERSON ne cherche pas, par sa diète, à détruire directement les germes du malade, il essaie de rendre fort les organismes afin de leur permettre de lutter

contre ces germes et les empêcher de devenir pathogènes. Son régime doit être suivi strictement et longtemps (un an au moins). Certains auteurs de langue allemande (SAUERBRUCK et HERMANNSDORFER, à Berlin, BLUMENTHAL, FRANZ) prétendent que ce régime strictement sans sel, avec absorption abondante de légumes et de fruits crus, suffit à lui *seul* à la guérison des bacilloses cutanées.

FRANÇOIS, d'Anvers, a vu des placards entiers de lupus vulgaire disparaître sous la seule influence du régime de Gerson.

Beaucoup d'autres dermatologistes pensent également que cette thérapeutique a la meilleure influence sur les lupiques, permet d'obtenir des résultats surprenants et rapides, mais ils l'associent au traitement local du lupus.

À l'hôpital Saint-Louis, les malades reçoivent une feuille de régime comportant la suppression rigoureuse du sel marin, la réduction des quantités de viande et de sucre, une alimentation aussi riche que possible en végétaux et en graisses. Enfin, 10 jours sur 20, de l'huile de foie de morue ou une solution spécialisée vitaminée.

Malheureusement, il est difficile d'enregistrer de très beaux résultats par ce régime, car on conçoit qu'il est difficile aux malades non hospitalisés de s'astreindre à une pareille discipline alimentaire. Même dans nos hôpitaux, cette alimentation est difficile à réaliser.

Il semble que pour obtenir d'aussi beaux résultats que les auteurs allemands, on doive recueillir les lupiques dans des sanatoria spécialisés.

CHAPITRE III

TRAITEMENT LOCAL

Nous en arrivons maintenant aux divers modes de thérapeutique locale du loup. Le traitement local, nous l'avons déjà dit, reste le plus important et, contrairement au traitement général, s'applique indistinctement à tous les cas de loup.

Comme le dit GOUGEROT, les bons traitements locaux du loup sont nombreux, tous ont leurs avantages et leurs inconvénients. Il faut donc savoir choisir suivant chaque cas, et surtout, il faut savoir allier les méthodes afin d'aller plus vite.

Le choix variera :

1° Suivant le siège du loup en région esthétique ou inesthétique ;

2° Suivant la grandeur ou la petitesse des lésions ;

3° Suivant la forme anatomique (loup ulcéré ou non, propre ou suppurant, fibreux, éléphantiasique, muqueux, etc...);

4° Suivant les ressources techniques du médecin ou du service hospitalier et les possibilités d'avoir le malade plus ou moins longtemps sous la main. Nous passerons volontairement sous silence les méthodes

périmées qui n'ont plus qu'un intérêt historique et nous décrirons seulement les méthodes usuelles.

Nous diviserons l'étude des traitements locaux en quatre parties :

I. *Les thérapeutiques locales spécifiques.*

II. *Les interventions destructives.*

A) Méthodes sanglantes.

a) Méthodes destructives limitées et sclérosantes :

1° Raclage ;

2° Scarification ;

3° Douche filiforme.

b) Méthode destructive totale :

Chirurgie.

B) Méthodes non sanglantes :

1° Caustiques chimiques ;

2° Cautérisation ignée ;

3° Air chaud ;

4° Cryothérapie ;

5° Diathermo-coagulation.

Nous dirons un mot de la prothèse qui s'impose dans certains cas.

III. *L'actinothérapie.*

Elle comprend :

A) Le radium et les rayons X ;

B) La photothérapie, qui comporte elle-même plusieurs techniques d'emploi.

I. — LA THÉRAPEUTIQUE LOCALE SPÉCIFIQUE

Depuis quelques années, on essaie de nouveau une thérapeutique antibacillaire locale. Nous serons très bref sur ce chapitre; il s'agit, en effet, de traitements dont la plupart sont actuellement en cours d'expérimentation et dont la valeur réelle ne pourra être appréciée que dans l'avenir.

A) *Les applications locales de tuberculine*

OSTROWSKI (Soc. biol., 16 oct. 1933), remarquant que l'épidermo-réaction à la tuberculine est particulièrement marquée dans la tuberculose cutanée, applique sur les foyers des compresses imbibées de tuberculine à 1/1.000.000^e renouvelées 2 à 4 fois par jour. L'action serait très favorable dans les tuberculides. DÖRFFEL et PASSARGE (Dermatologische Woch., 8 sept. 1934) utilisent avec succès l'Ektebin, pommade contenant un mélange de vieille tuberculine, de bacilles bovins et humains tués, avec addition de produits kératolytiques. La pommade est appliquée sur les lésions lupiques après décapage à l'acide salicylique.

SÉZARY recommande également l'usage des pommades à la tuberculine, surtout dans les tuberculides.

B) *Le traitement local chimiothérapique*

CABRE CLARAMONT (Ecos Espanoles de Dermatologia y Sifilografia, février 1934), injecte dans le derme, autour des foyers lupiques, une préparation aurique glucosée. L'amélioration serait constante dans ce cas. GOUGEROT a également essayé cette méthode.

C) *Les applications locales
de l'extrait glycérimé total de sang de mouton*

Nous avons vu que RAMEL préconise l'absorption de sang de mouton glycérimé en même temps que son application locale dans les tuberculoses cutanées. Spécialisé sous le nom de Diatergol, le sang de mouton est appliqué en pansements sur les lésions bacillaires, mais l'action ne s'exercerait sur les lupomes qu'en dehors de toute sclérose; car le tissu conjonctif dense s'oppose à l'action du Diatergol.

II. — LES INTERVENTIONS DESTRUCTIVES

Ces méthodes agissent en détruisant les tissus lupiques plus ou moins complètement, mais dans certains cas en provoquant l'hyperplasie du tissu conjonctif, favorisant ainsi l'étouffement de nouveaux lupomes.

A) *Méthodes sanglantes*

a) *Méthodes destructives limitées et sclérosantes.*

1° *Raclage.* — On utilise des curettes tranchantes dont le modèle a été établi par BESNIER et VIDAL.

Le raclage comporte deux techniques: la rugination qui n'entame pas le derme et le curettage qui pénètre dans la profondeur du derme. Le raclage a pour but d'enlever les tissus morbides, en évitant les délabrements trop considérables: on reconnaît à la consistance la différence entre tissus morbides et tissus sains; « avec un peu de souplesse de main on laisse l'instrument ressauter sur les derniers » (BROCQ).

Il faut donc une certaine habitude pour manier la curette utilement, sans faire de trop grands délabrements.

Le procédé nécessite l'anesthésie locale à la novocaïne et ne saurait suffire à lui seul à détruire les tissus lupiques. Il faut y associer les cautérisations ou les applications de caustiques. Son emploi est du reste limité au loup des membres, du tronc et des cavités. On ne l'emploie pas dans les régions esthétiques, car il laisse souvent des cicatrices rétractiles ou chéloïdiennes. Actuellement, on emploie encore la rugination dans la tuberculose verruqueuse et dans les loup scléreux et papillomateux.

2° *Scarifications*. — Ce procédé a donné entre les mains de VIDAL et de BROCO des résultats très satisfaisants à tous points de vue (guérisons solides, cicatrices excellentes). Il reste indiqué actuellement dans nombre de cas, seul ou associé à d'autres procédés et « rend encore d'immenses services » (Jean MEYER). Nous nous étendrons peu sur la technique des scarifications et nous renvoyons pour sa description détaillée aux ouvrages de BROCO. Les scarifications s'emploient suivant plusieurs modalités. On utilise la scarification de VIDAL dans les loup de faible intensité à tubercules isolés; VIDAL recommandait d'inciser et de dilacérer en tous sens chacun des éléments lupiques. Mais, dans la plupart des cas, c'est la méthode des scarifications quadrillées qui est indiquée.

La surface malade est couverte d'incisions parallèles, croisées par une autre série d'incisions sembla-

bles. Les tissus lupiques mous sont aisément dilacérés par le scarificateur. On traite avant tout les bords pour éviter l'extension des lupomes. Dans les formes ulcéreuses, térébrantes, phagédéniques, notamment près des orifices de la face, la scarification est encore actuellement le procédé le plus efficace pour maîtriser l'extension des lupus. Elle agit surtout en développant un processus de sclérose, mais ce processus offre cet avantage capital de ne pas donner lieu à du tissu progressivement rétractile, comme le tissu de cicatrice ordinaire (BROCO).

Le grand avantage de la scarification, c'est donc que le résultat est merveilleux comme cicatrice; les téguments sont lisses, souples, sans dépressions ni sailles chéloïdiennes. Dans le lupus du nez, lorsque le cartillage n'est pas effondré, dans le lupus des lèvres ou des paupières, on peut arriver à la *restitutio ad integrum* (BROCO). D'autre part, les scarificateurs sont à la portée de tout médecin praticien expérimenté et ne nécessitent aucun outillage spécial. Mais la méthode comporte plusieurs inconvénients sérieux. D'abord une objection d'ordre surtout théorique : les scarificateurs, en ouvrant les vaisseaux aux bacilles de Koch, favoriseraient la généralisation de la tuberculose, notamment l'apparition d'une tuberculose pulmonaire. Quelques observations permettent d'appuyer cette objection théorique sur des faits (BESNIER). Il faut donc se rallier aux conclusions de BROCA, qui évitait de scarifier le lupus lorsqu'il s'accompagnait de bacillose ganglionnaire ou viscérale. Mais, la scarification comporte encore d'autres inconvénients d'ordre plus pratique.

Elles sont très douloureuses et l'anesthésie locale n'est guère indiquée, car elle transforme la consistance des tissus et entrave l'action de la curette. Enfin, et c'est peut-être là l'objection capitale que l'on peut faire à la méthode des scarifications, il faut des séances hebdomadaires très nombreuses, une trentaine en moyenne, souvent 50 et plus (sauf dans le lupus vorax, parfois jugulé en 3 ou 4 séances): il faut donc que le malade reste à la portée du médecin pour qu'on puisse le traiter utilement par les scarifications.

3° *La douche filiforme.* — Son jet puissant détermine un véritable curettage local et remplace avantageusement la curette de VIDAL; mais, c'est un méthode qui nécessite une installation spéciale et on ne l'utilise guère que dans certaines stations thermales (La Bourboule, La Roche Posay).

b) *Méthode destructive totale.*

L'ablation chirurgicale du lupus. — L'ablation comme l'a rappelé Broca, avait été autrefois assez employée; constatant qu'elle ne mettait pas toujours à l'abri des récidives, on l'avait abandonnée. On y revient bientôt en la combinant aux greffes de Tiersch ou à l'autoplasie large.

Pour BROCC et les dermatologistes contemporains (J. MEYER), l'ablation chirurgicale du lupus est de beaucoup la méthode de choix, toutes les fois qu'elle est possible; tout lupus qui peut être extirpé doit l'être et largement, comme une tumeur.

On doit avoir recours à l'opération dans tous les cas de lupus minuscules que l'on peut enlever large-

ment sans causer trop de difformité et même dans les lupus assez étendus des parties non esthétiques, ou qui sont recouvertes de vêtements.

Pour Jean MEYER, la surface qui peut être ainsi extirpée dépend de sa localisation. Cet auteur a opéré à la fesse et à la nuque des lupus de 10 cm. de diamètre

Au contraire, à la face, il faut redouter les cicatrices rétractiles qui déforment la physionomie et l'on ne peut se permettre que de toutes petites excisions. On utilise le bistouri, ou mieux le bistouri diathermique. La cicatrice, surtout quand la plaie ne se ferme pas par première intention, est souvent chéloïdienne et rétractile; il est nécessaire de l'aplanir en curettant et en nitrant les bourgeons. Dans ce cas, la radiothérapie antichéloïdienne est préconisée par GOUGEROT. Des séances d'ultra-violets, à l'arc polymétallique de préférence, hâtent l'épidermisation et diminuent la rétraction. Les résultats lointains des exérèses sont excellents. Il y a des récurrences, mais rarement (3 récurrences chez 30 malades opérés en 3 ans par Jean MEYER; il s'agissait de formes évolutives procédant par poussées successives chez des sujets en état général médiocre) .

On voit que l'ablation chirurgicale du lupus constitue dans certains cas une excellente méthode, mais nécessite une surveillance attentive et une technique post-opératoire spéciale.

B) Méthodes non sanglantes

1° *Les caustiques chimiques.* — Pendant longtemps l'on n'a cessé de faire des tentatives pour trouver une

substance qui détruit les tissus morbides du lupus, en respectant autant que possible les tissus sains.

Les substances proposées sont innombrables; nous ne mentionnerons que celles qui ont conservé un certain intérêt. Citons le liquide de Czerny-Truneczek à l'acide arsénieux, que l'on emploie après curettage et galvano cautérisation.

La pommade au beurre d'antimoine, de UNNA et DARIER, peut s'employer seule en applications pendant 8 à 12 heures et renouvelées deux fois par semaine jusqu'à destruction totale des tissus morbides.

Certains auteurs américains emploient les cautérisations à l'acide thrichloracétique, dont les cristaux déliquescents sont posés sur les grains lupiques.

L'acide pyrogallique, le nitrate d'argent, la résorcine, la solution alcoolique à 30 % de chlorure de zinc (NICOLAS) et surtout le permanganate de potasse dilué ou en poudre, suivant la méthode d'AURÉGAN, sont utilisables. Signalons les très beaux résultats que peut donner l'application de permanganate pur, après curettage. Malheureusement, ces procédés qui ne nécessitent aucun outillage spécial sont extrêmement douloureux et leur répétition n'est guère acceptée par les malades.

2° *Les cautérisations ignées.* — Elles permettent de détruire certains tissus en favorisant la sclérose réactionnelle. On utilisait autrefois le thermocautère qui garde encore la préférence de certains dermatologistes (MILIAN). En général, on emploie la pointe

fine d'un galvanocautère porté au rouge sombre. Cette méthode est indiquée pour détruire les grains lupiques résiduels, isolés; le galvanocautère est enfoncé perpendiculairement « jusqu'à ce que la pointe rencontre le derme sain résistant »; on insiste 3 secondes et davantage s'il le faut, en remuant et tournant la pointe sur son axe afin de détruire tout le tissu mou et en attaquant le bord du tissu sain (GOUGEROT).

L'intervention est, par elle-même, très douloureuse et on doit encore la compléter par un attouchement de caustique (chlorure de zinc ou permanganate en poudre).

La cautérisation était la méthode favorite d'E. BESNIER. Elle laisse généralement des cicatrices assez disgracieuses, à moins d'être très habilement maniée. On peut l'utiliser dans les lupus des muqueuses et demi-muqueuses orificielles.

On doit l'éviter dans les lupus étendus. Elle n'est qu'une méthode adjuvante, utile à employer pour détruire quelques lupomes isolés, mais qui ne saurait suffire à assurer la guérison d'un lupus dans de bonnes conditions.

3° *Air chaud.* - *L'air chaud ou aérothermocautérisation.* — L'appareil à air chaud permet d'obtenir un jet d'air porté à 800°. Sous anesthésie générale, on carbonise ainsi toute la lésion lupique et on enlève le tissu brûlé à la curette; on fait ensuite une nouvelle carbonisation superficielle et on assure l'antisepsie par le permanganate de potasse. La radiothérapie antichéloïdienne est recommandée par GOUGE-

ROT après la destruction par l'aérothermocautérisation.

Cette méthode n'est recommandable qu'après échec des autres traitements, pour les lupus intolérants de la face, qui s'ulcèrent même avec le finsen, pour les lupus des régions non esthétiques (GOUGEROT).

4° *Cryothérapie*. — Alors que la cryothérapie constitue le traitement de choix du lupus érythémateux, elle garde des indications très limitées dans la thérapeutique du lupus tuberculeux, car elle ne détruit pas les lupomes.

La cryothérapie peut cependant favoriser la sclérose et limiter l'extension du processus lupique (J. MEYER). Dans le lupus fibreux et chéloïdien, la neige assouplit les tissus et permet l'emploi d'une thérapeutique active (GOUGEROT). Enfin, une application de neige met en évidence la coloration des lupomes qui tranchent alors nettement sur les tissus voisins, la cautérisation ou la diathermo-coagulation du tissu lupique est ainsi facilitée (VIGNAT).

5° *Diathermo-coagulation*. — Le traitement par diathermo-coagulation du lupus tuberculeux a été mis au point par RAVAUT (3° Congrès des Dermatologistes et syphiligraphes de langue française). Nous empruntons à son élève DUCOURTIOUX, qui a particulièrement bien mis au point la question, la description de ce procédé. Cette méthode vise à une destruction profonde et aussi complète que possible du tissu lupique que le processus de réparation remplacera par

un tissu scléreux peu propice au développement de lésions nouvelles.

Cette destruction doit être profonde, car l'anatomie pathologique nous enseigne que l'infiltrat lupique peut siéger jusque dans l'hypoderme. Elle doit être aussi complète que possible, mais sans entraîner cependant de délabrements inutiles.

Seuls, les courants dits « d'intensité » des appareils à éclateurs ont une action assez profonde pour être utilisés dans le traitement des tuberculoses cutanées. Celle des courants de tension est trop superficielle. Il peut être utile d'employer le bistouri électrique pour le traitement de certains lupus du pavillon de l'oreille et pour la correction des atrésies orificielles; l'anse électrique pour le curettage des lupus endonasaux. Les interventions sont faites à l'anesthésie locale. On utilise la novocaïne à 5 %; cette forte concentration permet de n'injecter qu'un faible volume de liquide. L'adjonction d'adrénaline met bien en évidence les lupomes par ischémie; l'anesthésique doit toujours être injecté à distance suivant la technique particulière à chaque région. Dans les lupus très vastes, on utilise l'anesthésie générale au protoxyde d'azote (non inflammable).

Le plus souvent, on place le malade sur une électrode indifférente; on peut la supprimer lorsqu'il s'agit de lupus des muqueuses ou bien de lupomes isolés et superficiels.

L'électrode active, aiguille en général, pénètre dans les tissus à coaguler et il se produit une excarre grisâtre, plus ou moins profonde suivant l'intensité du

courant, sa durée de passage, la profondeur à laquelle on enfonce l'aiguille, on recommence la manœuvre en un autre point et ainsi de suite.

DUCOURTIOUX enlève ensuite les tissus coagulés avec une curette dermatologique qui permet immédiatement de se rendre compte de la nature morbide ou saine des tissus sous-jacents.

S'il s'agit de lupus de petite étendue, on multiplie les points de coagulation de façon qu'ils se touchent et empiètent les uns sur les autres. Pour les lupus de dimension moyenne, on disposera les points de coagulation en quinconces, en damiers; il faut éviter qu'ils deviennent tangentiels.

En créant ainsi des foyers de sclérose multiple entre lesquels portera l'effort des séances ultérieures, on évite les trop grandes pertes de substance et comme RAVAUT l'a montré, les rétractions cicatricielles.

Pour les très vastes lupus, le nombre des séances est plus élevé. Les plaies opératoires prennent une apparence excellente. La réparation des tissus se fait très rapidement. Les chéloïdes sont exceptionnelles.

Mais, il faut continuer à surveiller le malade car de nouveaux lupomes peuvent toujours apparaître dans les cicatrices quoique l'électro-coagulation, favorisant la sclérose, rende les récidives de plus en plus difficiles à mesure que le traitement est poursuivi.

Les grands lupus, mutilants, extensifs, à localisations multiples relèvent de l'électro-coagulation. Cette méthode permet également un traitement efficace du lupus endonasal et l'on sait que beaucoup de lupus sont sous la dépendance de lésions pituitaires; ne pas

s'occuper de l'état de la muqueuse nasale dans ces cas. serait se vouer à un échec certain.

Remarquons encore que le traitement par électro-coagulation, contrairement aux méthodes sanglantes telles que les scarifications linéaires quadrillées, ne présente pas l'inconvénient d'ouvrir les vaisseaux et de permettre une propagation à distance des bacilles de Koch. D'autre part, l'électro-coagulation a amélioré considérablement le pronostic du cancer des lupiques. Le grand avantage pratique de la diathermo-coagulation est qu'elle permet des guérisons relativement rapides avec des interventions rares et espacées : (1 mois environ entre les séances) .

Avant de terminer ce chapitre sur le traitement des lupus par les méthodes destructives nous ajouterons quelques mots sur les opérations plastiques qui s'imposent dans certains cas.

Nous avons déjà parlé de la correction des cicatrices fibreuses ou chéloïdiennes par la radiothérapie, ou mieux sous l'influence de nombreuses séances de rayons ultra-violets.

Certaines difformités du nez ou des oreilles se corrigent par des opérations plastiques avec greffes (MOURE, *Traitement chirurgical du lupus*. Bull. Soc. Dermatol., 1932, p. 712). Ces interventions ne sont possibles qu'après guérison confirmée. Les anciens appareils en argent, en carton, en celluloid étaient d'un emploi malaisé.

Jean MEYER et LITTRÉ, mouleur de l'Hôpital Saint-Louis, ont utilisé des appareils en acétocellulose qui semblent répondre aux nombreux desiderata : ils

sont légers, bien adaptés, faciles à appliquer (collés ou fixés à des lunettes) non attaquables par les liquides organiques, incassables et ininflammables; ils n'irritent pas le lupus et servent en quelque sorte de pansement.

III. — ACTINOTHÉRAPIE

L'actinothérapie comprend les traitements par radium, rayons X et ultra-violets.

A) *Radiumthérapie*

Au début de la découverte du Radium, on a voulu l'appliquer au traitement du lupus. DANLOS obtenait de bons résultats dans les petites lésions lupiques. Actuellement la radiumthérapie du lupus est complètement abandonnée en raison de sa faible efficacité et surtout des dangers qu'elle comporte.

B) *Radiothérapie*

D'assez nombreux auteurs avaient publié autrefois des cas de guérison par cette méthode. Elle semblait particulièrement indiquée dans les formes graves, étendues, ou les autres procédés avaient échoué; le lupus scléreux était très amélioré par les rayons de Roentgen.

Mais, on s'aperçut bientôt que les radiodermites graves et les épithéliomas consécutifs étaient particulièrement redoutables avec l'utilisation des rayons X. D'autre part, les autres méthodes, et surtout la photothérapie, donnaient des résultats meilleurs.

Actuellement donc, la radiothérapie du lupus est devenue une méthode d'exception.

Pour HESSE (*Dermatol. Woch.* Janv. 1934) « si les rayons X guérissent certains cas de lupus, on n'est pas en droit d'employer une méthode qui met la peau du malade et la peau avoisinante saine dans une situation telle que la lutte contre le bacille est rendue difficile, même impossible ».

Les rayons X peuvent cependant servir d'adjuvants à la Finsenthérapie, mais pour les praticiens, « le lupus ne doit pas être traité par les rayons X ».

Pour J. MEYER, les guérisons obtenues par la radiothérapie ne sont que temporaires et la peau atrophiée se creuse peu à peu de nouveaux lupomes; or, sur un tel terrain la finsenthérapie n'agit presque plus et les récives sont incessantes. On tend à réduire les indications de la roentgenthérapie aux formes œdémateuses ou éléphantiasiques ou extrêmement congestives. Les rayons X à doses modérée décongestionnent sans donner lieu à une réaction fâcheuse et permettent l'application ultérieure du finsen.

En fait, la radiothérapie garde des indications très limitées dans le traitement du lupus et uniquement comme méthode adjuvante contre les bourgeons hypertrophiques; encore faut-il que le traitement radiothérapique soit toujours pratiqué par le même opérateur, avec un dosage rigoureux et en arrêtant si les premières séances ne donnent aucun résultat.

Le rayonnement de BUCKY ou rayons limités, dont la longueur d'onde est proche de celle des ultraviolets les plus courts, a été employé avec succès

par certains auteurs. L'amélioration serait sensible lorsque la dose totale atteint 5 à 6.000 R., donc après 4 ou 6 irradiations. Ce traitement serait surtout utile en combinaison avec la diète de GERSON.

En tout cas, il ne faut jamais oublier que même les rayons de BUCKY sont susceptibles de déterminer des radiodermites particulièrement dangereuses chez les lupiques.

C) *La photothérapie*

De tous les temps, les bains de soleil ont été utilisés en thérapeutique.

La lumière de l'arc voltaïque étant celle qui se rapproche le plus de la lumière solaire, il était tout naturel d'essayer de remplacer par des applications de lumière électrique les effets du soleil, si rare dans certains pays. Nous avons vu de quelle façon l'héliothérapie et la photothérapie artificielles sont utilisables comme thérapeutique générale des tuberculoses cutanées.

Nous allons maintenant étudier les applications locales de la photothérapie dans le traitement du lupus.

Méthode de Finsen. — Les rayons chimiques du spectre possèdent des propriétés bactéricides; ils peuvent en outre exercer sur les tissus une action inflammatoire substitutive, action qui est depuis longtemps prouvée par l'existence des érythèmes solaires et électriques; ces rayons peuvent pénétrer dans l'intérieur des tissus cutanés, surtout s'ils sont exsangues

(BROcq). C'est sur ces propositions, dont la vérité a été scientifiquement vérifiée, que repose la méthode employée pour la première fois par le Danois FINSEN en 1894. La valeur de cette méthode est actuellement admise par tous les dermatologistes de tous les pays. Les méthodes qui en dérivent sont très nombreuses.

Nous décrirons d'abord la méthode de la finsenthérapie, telle qu'elle était primitivement, vers 1900, et telle qu'elle fonctionne depuis 33 ans à l'hôpital Saint-Louis.

BROcq décrit ainsi le principe de la finsenthérapie. C'est aux rayons chimiques seuls que FINSEN demande une action thérapeutique; par un procédé simple et ingénieux, il supprime les radiations caloriques du spectre; les ultra-rouges, les rouges et les jaunes, et il recueille les radiations chimiques, qu'il concentre au moyen de miroirs et de lentilles, pour en augmenter l'action.

Il arrive à cette exclusion en faisant passer les rayons lumineux à travers une couche d'eau colorée par le bleu de méthylène ou le sulfate de cuivre ammoniacal; il obtient ainsi une lumière bleue ou bleu-violet qui est microbicide par excellence. Il utilise uniquement l'arc voltaïque car la lumière émanant des lampes à incandescence contient trop de rayons chimiques.

Voici comment FINSEN lui-même décrit son appareil : (*La Photothérapie*. Carré et Naud, éditeurs. Paris, 1899).

« Pour concentrer les rayons lumineux électriques, j'emploie un appareil composé de deux cylindres

s'emboitant comme les pièces d'un télescope et contenant chacun deux lentilles plan convexes. Les verres 1 et 2, tournés vers le foyer lumineux sont destinés à rendre parallèles les rayons divergents de l'arc voltaïque. Entre les lentilles 3 et 4 qui ont pour fonction de faire converger les rayons rendus parallèles par les lentilles 1 et 2, se trouve une couche d'eau distillée (10 litres). Au bout de l'appareil est appliqué un cylindre très aplati, fermé à ses deux extrémités par des verres plans et rempli d'une solution ammoniacale de sulfate de cuivre (filtre de lumière). L'eau et la solution de sulfate de cuivre sont contenues, pour des raisons pratiques, dans des réservoirs différents; l'eau n'ayant besoin d'être changée que très rarement, tandis que la solution de sulfate de cuivre doit être renouvelée très souvent ».

L'intensité de la lumière voltaïque employée est de 60 à 80 ampères. Le procédé employé par FINSSEN pour le traitement du lupus consiste à exposer quotidiennement pendant un laps de temps variant de quelques jours à plusieurs semaines, une même région, mesurant 1 à 3 centimètres carrés, à l'action des rayons lumineux pendant 1 ou 2 heures. On procède ainsi par régions bien circonscrites jusqu'à ce que la partie atteinte ait subi l'action des rayons chimiques concentrés (BROCC).

« Le sang, écrivait FINSSEN, empêchant la pénétration de la lumière dans les tissus, il est nécessaire de rendre la région cutanée à traiter à peu près exsangue; le résultat est obtenu au moyen d'appareils compresseurs appliqués pendant le traitement directement sur la peau. »

L'application, sans être douloureuse, détermine un érythème plus ou moins accusé, souvent accompagné d'une bulle. La réaction photogénétique inflammatoire s'étend à une grande profondeur lorsque le sang est chassé des tissus; les réactions ne sont pas destructives; les cicatrices sont absolument parfaites (LEREDDE).

L'Institut Finsen de Copenhague dispose actuellement encore d'appareils (voir fig. 1) qui correspondent au type précédemment décrit se composant d'un arc à charbon vertical de 60 ampères, sur courant continu (A), autour duquel rayonnent 4 tubes creux de 10 cm. de diamètre et de 1 m. 30 de longueur. Chacun comporte un système optique en quartz (B-C) qui capte les rayons de l'arc et un système filtrant qui arrête les rayons infra-rouges. Les autres rayons ultra-violet et visibles sont concentrés à 10 cm. de l'extrémité distale du tube sur une boîte creuse, également en quartz (D), refroidie par un courant d'eau et qui comprime la partie malade. C'est un appareil de ce type qui est utilisé à l'hôpital Saint-Louis, et permet de traiter quatre malades en même temps. Les séances sont de 2 h. 30. Chaque jour on couvre 2 à 3 champs d'environ 1 cm². On revient 3 à 6 fois sur le même champ à des intervalles de 3 semaines environ. Il est parfois nécessaire d'associer à la finsenthérapie les scarifications ou les curettages dans les lupus très exubérants.

Les lupomes disparaissent en 3 ou 4 séances en moyenne. En guérissant ainsi toutes les places traitées on obtient la guérison, avec, comme séquelles,

une cicatrice plane et blanche. Un cas moyen doit guérir en 6 à 8 mois par la seule finsenthérapie.

D'après J. MEYER, 75 % environ des malades sont guéris par ce procédé. Les échecs sont dus à l'irrégulé-

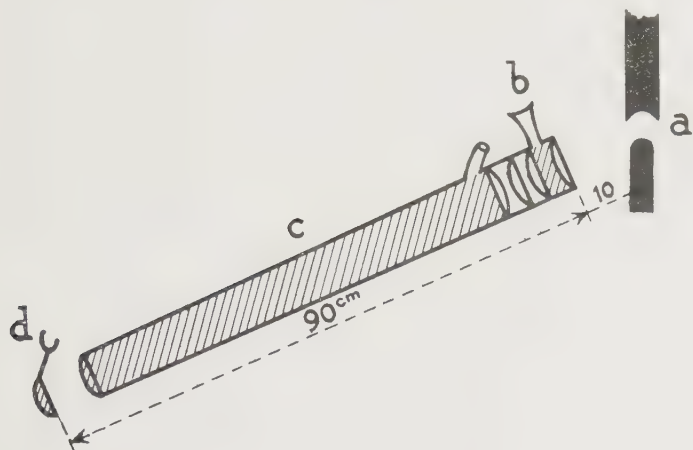


FIG. 1

Légende du schéma de l'ancien modèle de la lampe Finsen (1900)

a, arc sur courant continu de 50 ampères; charbon positif en haut. Alimente 4 tubes. — *b*, plaque de quartz et petite cuve à eau distillée. — *c*, Cuve interposée entre lentilles de quartz, longue de 90 cm. et remplie d'eau distillée. — *d*, compresseur de quartz creux. Circulation d'eau.

larité des malades qui laissent de trop longs intervalles entre les séances.

REYN a publié les statistiques de l'Institut Finsen au Congrès de Copenhague, en 1930.

En 6 ans, sur 957 cas de lupus, 735 sont guéris, 75 sont en traitement; on n'a compté que 8 échecs

complets et 22 échecs partiels. En 2 ans, 32 rechutes ont été remises au traitement et enrayerées.

La Finsenthérapie est donc une méthode très efficace. Dans quels cas est-elle indiquée?

Comme l'écrivait BROcq, la photothérapie est le procédé de choix pour les lupus vulgaires et moyens, et étendus du front, des tempes, des joues et en particulier de cette région qui s'étend de l'os malaire et du sillon naso-génien au rebord du maxillaire inférieur.

D'une façon générale, c'est la meilleure façon de traiter les lupus des régions esthétiques (face) et des régions où une cicatrice rétractile pourrait gêner les mouvements fins (doigts, espaces interdigitaux).

Sauf les scarifications linéaires quadrillées de Brocq, méthode longue et incompatible avec l'exercice d'une profession active par le patient, aucune autre méthode ne donnait au début du vingtième siècle d'aussi beaux résultats que la photothérapie.

C'est pourquoi les travaux de FINSSEN ont eu un énorme retentissement. On crut que la méthode danoise donnait non seulement des résultats sûrs, mais qu'elle constituerait désormais un procédé d'application facile pour tous les lupiques. En réalité, on s'aperçut bientôt que la Finsenthérapie, telle qu'elle était conçue primitivement, comporte de graves inconvénients d'ordre matériel.

En effet, les applications sont très longues et doivent être très nombreuses, d'où la longue durée du traitement; nous avons vu qu'il fallait compter 6 à 8 mois pour un cas moyen, avec 100 à 150 séances. De

plus, le traitement coûte extrêmement cher ; les appareils sont très coûteux et il faut une surveillance très sérieuse des applications, notamment pour assurer le bon fonctionnement du foyer lumineux et du compresseur. C'est pourquoi les installations de Finsen-thérapie n'existent que dans quelques grands centres.

En France, seul l'hôpital Saint-Louis en est pourvu.

On a donc essayé, d'une part, de remplacer la finsenthérapie par d'autres méthodes, surtout moins onéreuses : rayons X, curiethérapie, électrocoagulation. Nous avons vu que les premiers sont à rejeter. Quant à l'électrocoagulation, si elle donne de bons résultats, quant à l'évolution du lupus, elle est cependant loin de donner des cicatrices aussi belles que le Finsen.

D'autre part, l'introduction, en 1904, de la lampe de Kromayer, qui est une lampe de quartz à petit brûleur où l'arc à vapeur de mercure remplace l'arc à charbon, avait ouvert l'espoir d'une méthode plus à la portée de la majorité des lupiques. On dut bientôt admettre que la lampe de Kromayer, avec ou sans compresseur, reste inférieure à celle de Finsen et donc que la lampe à charbon donne de meilleurs résultats que la lampe à mercure. Cependant, les lampes de Kromayer modifiées peuvent donner de bons résultats dans certaines conditions, comme nous allons le voir. D'autres modifications intéressantes dans la technique de la photothérapie ont été apportées depuis quelques années, notamment : l'utilisation de l'arc polymétallique (Lampes à arc au charbon

métallisé) au lieu de l'arc à charbon pur (Lomholt, Belot, Saïdman).

Nous allons passer en revue les principaux types d'appareils photothérapeutiques actuellement utilisés. Nous étudierons successivement :

- 1° Le Finsen improvisé ;
- 2° La photothérapie sans compresseur ;
- 3° Les lampes à vapeur de mercure et compresseur ;
- 4° Les appareils à arc polymétallique et leurs différents types : l'appareil de Lomholt ;

Et enfin, tout dernier venu, l'appareil de Jean Meyer.

Pour terminer, nous reproduirons un tableau comparatif de l'activité des différents procédés : arc à charbon, arc polymétallique et lampe à vapeur de mercure.

1° *Le Finsen improvisé.* — Lorsque le malade ne peut se rendre dans un hôpital organisé, on peut improviser un Finsen en utilisant la lumière solaire. Voici comment GOUGEROT conçoit cette installation. On monte sur un pied une grande lentille bi-convexe ou plan convexe formée par deux immenses verres de montre de 25 cm. de diamètre sur un pied. La lentille doit rester mobile sur son axe horizontal. L'espace vide entre les deux lames de verre est rempli d'eau distillée que l'on teinte d'une trace de beau de méthylène.

La lentille sera orientée de façon que le faisceau lumineux converge sur le point lupique, en formant

une tache de 10 à 15 mm. de diamètre. Avec deux lames de quartz, séparées par un espace vide, où circulera un courant d'eau froide, on fait un compresseur qui sera maintenu sur le point lupique par un aide.

Enfin, il faut prévoir un réservoir d'eau pour assurer la circulation d'eau froide dans le compresseur.

Le traitement n'est possible que si le soleil luit.

Chaque séance dure 30 à 60 minutes.

En principe, ce traitement devrait donner des résultats comparables au Finsen vrai. Malgré tout, cette méthode est très délicate d'emploi et devra le plus souvent être associée à d'autres procédés, car les heures d'ensoleillement sont malheureusement trop inconstantes pour que l'on puisse compter sur ce seul traitement.

2° *La photothérapie sans compresseur.* — Les rayons émis dans ces conditions permettent de «déterger rapidement un lupus étendu, infecté, mais avec de très fortes doses» (J. MEYER).

Cependant, d'autres croient pouvoir guérir le lupus par les irradiations à la lampe à vapeur de mercure sans compresseur. Ainsi WERNER JADASSOHN, BRUNO BLOCH irradient le lupus à doses expoliantes et répétées jusqu'à ce que l'on obtienne une ulcération qui mette à nu les plans cutanés sains. L'ulcération se cicatrise en quelques semaines, laissant, dit JADASSOHN, une cicatrice fine, indemne de lupomes.

J. MEYER déclare n'avoir obtenu aucun résultat par ce procédé, même en utilisant la lampe à arc.

Cependant, au Congrès de la Lumière (Copenhague 1932), MEYER a préconisé les irradiations en damier à travers un cache perforé d'orifices multiples, de façon à éviter les phlyctènes confluentes. La totalité de la surface malade est ainsi détergée en deux séances, action qui facilite grandement l'action ultérieure de la Finsenthérapie.

3° *Les lampes à vapeur de mercure et compresseur.*
— « La rivalité entre les lampes à arc de Finsen et celles à vapeur de mercure s'est éteinte vers 1914, tous les auteurs ayant reconnu la supériorité du Finsen.

Les examens histologiques, dont les derniers, ceux de POPER, datent de 1930, ont montré que la lampe de Finsen agit à une certaine profondeur, alors que la lampe à vapeur de mercure n'a qu'une action toute superficielle. Les rechutes sont en général plus fréquentes (J. MEYER).

Toutefois SÉZARY et DUCOURTIOUX ne croient pas que l'actinothérapie locale du lupus avec les lampes à vapeur de mercure dérivées de la lampe de Kromayer mérite le discrédit dans lequel elle est tombée.

Certes, pour DUCOURTIOUX, la lampe de Kromayer fournit peu de rayons lumineux et calorifiques, et la quantité de rayons ultra-violets pénétrants émise est très faible par rapport au rayonnement correspondant du spectre solaire et des lampes de Finsen. Elle donne par contre des rayons ultra-violet courts très nom-

breux, mais dont beaucoup ne sont pas pénétrants. Au congrès de Bruxelles, en 1926, la Finsentherapie accuse 50 à 72 % de guérisons, le traitement par la lampe de Kromayer ne donne guère que 30 % de guérisons et 30 % d'améliorations (Statistiques de STUMPKE).

L'esprit assez prévenu contre la lampe à vapeur de mercure, SÉZARY et DUCOURTIOUX ont cependant entrepris, en 1930, de traiter les lupus tuberculeux avec « une nouvelle lampe à vapeur de mercure pour irradiations locales, qui se présentait comme une lampe de Kromayer perfectionnée et simplifiée. Les résultats ont été surprenants et BELOT, jusqu'alors partisan exclusif de la lampe à arc, donna son patronage à la lampe dite « lampe ventilée du D^r Belot ». Elle consomme 475 watts, son brûleur peut fonctionner dans toutes les positions comprises dans un angle de 40° environ au-dessus et au-dessous de l'horizontale, ce qui lui confère une très grande souplesse d'utilisation.

« Le brûleur est rafraîchi par une intense circulation d'air. La mise en place du compresseur sur la partie à traiter s'effectue avec facilité et précision grâce aux mouvements horizontal et vertical combinés, obtenus à l'aide d'engrenages à crémaillère. Les séances sont d'une durée de un quart d'heure au début pour atteindre une heure et demie dans certains cas. Le nombre des séances a été de 5 à 10 dans les cas traités par SÉZARY et DUCOURTIOUX. Les lupomes disparaissent complètement sous réserve de surveillance ultérieure. Les guérisons se sont montrées

durables jusqu'à présent. SÉZARY et DUCOURTIOUX pensent donc que l'actinothérapie locale à la lampe de Kromayer peut rivaliser par ses résultats avec la Finsenthérapie. Elle a sur cette dernière l'avantage de la simplicité. »

En tout cas, cette méthode est encore trop récente pour être admise au même titre que l'arc électrique, et les méthodes dérivées du Finsen conservent la primauté.

4° *Les appareils à arc polymétallique.* — On augmente l'intensité de la lampe à arc de charbon en utilisant des électrodes de charbon auxquelles on a incorporé certains sels métalliques judicieusement choisis (SAÏDMAN).

Le métal pulvérisé est ainsi incorporé dans une gaine de charbon et émet surtout des rayons ultra-violets de moyenne longueur d'onde. Dans le système de Saïdman, deux électrodes en charbon polymétallique sont rendues solidaires au moyen d'un ressort. Il existe actuellement plusieurs types d'appareils utilisant l'arc polymétallique. Nous décrirons d'abord la lampe individuelle de Lomholt.

LOMHOLT a mis au point un nouvel appareil (voir fig. 2) formé d'arcs en charbon métallisé (A) de 25 ampères, courant continu; les charbons sont dirigés en avant, suivant un angle obtus. Le système optique comprend deux cuves de quartz, l'une chargée de sulfate de cuivre ammoniacal, arrêtant une partie des rayons visibles. l'autre de nitrate de cobalt arrêtant l'infra rouge. Les rayons ultra-violets sont captés

par un tronc de cône creux en quartz. L'appareil se déplace plus facilement et occupe moins de volume que le Finsen primitif. Le rendement est meilleur, les séances ne durent qu'une heure. Une lampe permet de guérir 5 à 6 lupus par an. De plus, LOMHOLT a

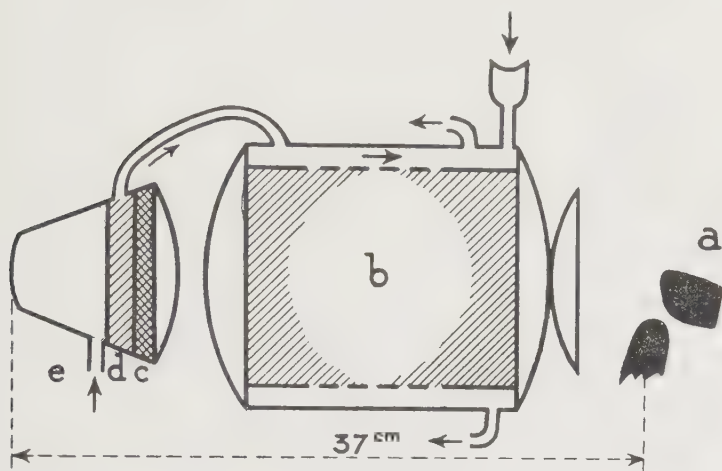


FIG. 2

Lampe individuelle de Lomholt (1928)

a, arc courant continu, 30 ampères. — *b*, cuve à eau de 20 cm. entre lentilles de quartz. — *c*, cuve de 1 cm. remplie de solution de cobalt. — *d*, cuve de 1 cm. remplie de solution de cuivre. — *e*, compresseur de quartz creux refroidi par un courant d'eau distillée.

réalisé des compresseurs de quartz en forme de cône allongé, dont la pointe est taillée en biseau ; ils servent à traiter le vestibule nasal, les gencives, le voile du palais, zones inaccessibles avec l'ancien matériel. Quelques minutes d'application suffisent pour les muqueuses (Jean MEYER).

Lampe individuelle de Jean Meyer (voir fig. 3). — C'est un appareil tout récent dont les premiers essais ne datent que de quelques mois; il paraît doué de la même efficacité que les anciens appareils de Finsen-thérapie, mais réduit au tiers la durée des séances. Nous reprenons la description que vient d'en faire Jean MEYER à la Société de Dermatologie, le 12 décembre 1935.

« Notre appareil est alimenté par un arc de Saïdman, de 15 ampères (A) qui peut fonctionner à volonté sur courant continu ou sur alternatif. Cet arc, en effet, grâce à son système de réglage réduit à deux ressorts qui solidarisent les deux électrodes et à une butée de tungstène (A') qui bloque l'électrode inférieure, donne un foyer fixe suffisamment stable. L'intensité obtenue avec 15 ampères s'est révélée suffisante. La cuve filtrante (C) n'a que 3 cm. d'épaisseur. C'est une toute petite cuve de Cu, d'un diamètre de 4 cm., fermée par deux plaques de quartz taillé. Elle renferme moins de 50 cc. d'eau distillée. Cette cuve est refroidie par une grande cuve plate (D) épaisse également de 3 cm., dans laquelle elle est insérée et *brassée*. La cuve refroidissante renferme 3/4 de litre d'eau du robinet. La paroi n'est pas réchauffée par la flamme dont elle est isolée par deux disques de tôle (B) percés d'un orifice circulaire en regard de la plaque de quartz.

La plaque de quartz postérieure est à 5 cm. de l'arc.

De l'autre côté est appliqué un tronc de cône de quartz massif taillé (E), séparé de la cuve filtrante par une rondelle de 2 mm. qui laisse une petite cham-

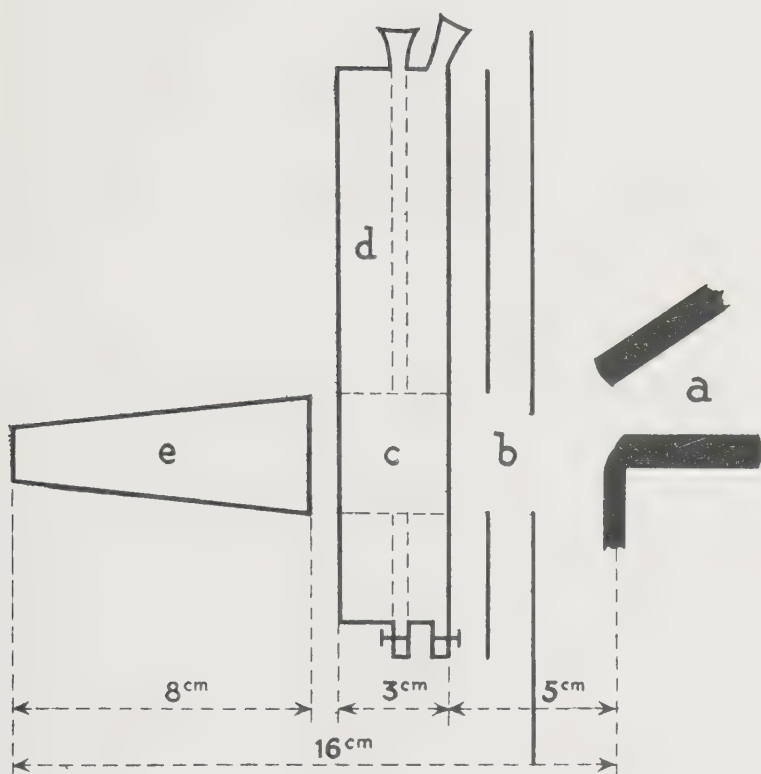


FIG. 3

*Légende du schéma de la lampe individuelle Jean Meyer
Modèle Saïdman, avec butée de tungstène*

a, arc continu ou alternatif, 15 ampères. — *b*, plaque de tôle percée d'un orifice de 4 cm. de diamètre et arrêtant la partie inutile de la lumière. — *c*, cuve de cuivre, longue de 3 cm., diamètre 4 cm-4 cm. entre plaques de quartz, remplie d'eau distillée. — *d*, grande cuve à eau remplie d'eau ordinaire et dans laquelle est embrassée la petite cuve. Orifice d'emplissage des deux cuves. Robinets de vidange des deux cuves. — *e*, compresseur massif en quartz taillé.

bre à air. Le tronc de cône peut être taillé selon le besoin. Nous avons prévu une longueur de 8 cm., une grande base de 4 cm. et une petite base de 2 cm. On peut donner au bloc des formes diverses, permettant de l'introduire dans le vestibule nasal ou dans d'autres régions.

La distance arc-peau n'est plus que de 16 cm. environ. La durée des séances suffisante est de 15 à 30 minutes.

Cet appareil diffère profondément des autres (Finsen primitif et Lomholt). FINSEN ne s'occupait que de séparer l'infra rouge par le filtre à eau distillée. La masse des rayons visibles concentrés chauffe assez la peau pour qu'il faille refroidir le compresseur au moyen d'une circulation d'eau.

LOMHOLT arrête les infra rouges par sa cuve à eau. Il cherche également à arrêter les visibles. La cuve SO^4Cu ammoniacal absorbe le rouge et le jaune. La cuve SO^4Cu absorbe le vert et le bleu. Il ne reste plus que le violet et l'ultra-violet. 70 % de l'énergie qui arrive à la peau seraient ainsi constitués par des ultra-violets.

Dans notre appareil, la cuve de 3 cm. d'eau distillée arrête la plus grande partie de l'infra rouge. A elle seule, elle n'empêcherait pas la brûlure de la peau, mais le bloc de quartz taillé réfléchit l'infra rouge, réfracte une partie du visible, en sorte que la peau appliquée étroitement contre la petite base ne ressent qu'une très douce chaleur. Elle est à peine chauffée par une exposition d'une heure. Même dans ce cas, il ne se forme aucune phlyctène rapide comme en

donne l'infra rouge. Les réactions sont retardées de 6 à 8 heures, selon la règle, avec l'ultra-violet.

Nous pourrions sans difficultés diviser la cuve filtrante en deux et y introduire des solutions de cuivre et de cobalt; ceci nous a paru inutile, tout au moins jusqu'à de nouvelles expériences.

L'originalité de ce matériel est donc due aux particularités suivantes :

— arc plus économique et possibilité d'utiliser l'alternatif ;

— cuve filtrante très étroite, refroidie à l'eau du robinet ;

— bloc de quartz servant à la fois de compresseur, de concentrateur, ce qui supprime les lentilles et le filtre ;

— rapprochement de la peau de l'arc, ce qui augmente le rendement de l'appareil, d'une part, par la réduction de la perte d'énergie au passage des milieux absorbants, d'autre part, en vertu de la loi du carré des distances ;

— suppression de tout dispositif de circulation d'eau. »

Avant d'achever cette étude du traitement local du lupus par les radiations lumineuses, nous allons donner un tableau comparatif d'ensemble, emprunté à Jean MEYER, de l'action des différents types de lampes utilisées. (Les croix indiquent, suivant leur nombre, la plus ou moins grande quantité de rayons ou l'intensité plus ou moins grande de l'effet produit.)

TABLEAU COMPARATIF DES TROIS PRINCIPAUX TYPES DE LAMPES
UTILISÉES EN PHOTOTHÉRAPIE DU LUPUS

	Lampe à arc de charbon (Finsen)	Lampe à vapeur de mercure (Kromayer)	Lampe à cône de quartz et arc polymétallique (J. Meyer et Saïdman)
Longueur d'onde			
Infra-rouge	+++	+	+++
Visible	+++	---	---
Ultra-violet			
Long. (3.600 ams)...	+++	o	+
Moyen	+	+++	+++++
Court	o	+++++	++
Début de la réaction.	8 heures	5 heures	8 heures
Profondeur d'action..	3 à 4 mm. (Dermo épidermique)	1 mm. (Epidermique)	4 mm. (Dermo épidermique)
Action sur les lupomes superficiels	++++	++++	++++
Action sur les lupomes profonds	++++	o	++
Cicatrice	Pas de cicatrice	Pas de cicatrice	Pas de cicatrice

Ce tableau nous montre que les appareils à arc sont doués d'une puissance d'action plus considérable que les lampes à vapeur de mercure.

C'est pourquoi la Finsenthérapie et l'utilisation des appareils plus commodes d'emploi, du type de celui que Jean MEYER préconise, constituent la meilleure méthode de traitement local du lupus.

CONCLUSIONS

SUR LE TRAITEMENT DU LUPUS TUBERCULEUX

De cette revue générale des traitements des lupus, que faut-il conclure?

On peut dire qu'il existe une foule de traitements capables de donner d'excellents résultats, s'ils sont bien maniés et appliqués à des cas qui en sont justifiables.

Ainsi, les scarifications linéaires quadrillées, ou l'électro-coagulation, ou l'excision chirurgicale, qui sont d'excellents moyens de guérir certains lupus et restent dans d'autres cas des adjuvants précieux.

Mais, si l'on veut se placer sur un plan plus élevé, pour considérer la question dans son ensemble, il faut reconnaître que seule des traitements locaux, la photothérapie donne toute satisfaction; c'est vraiment le procédé de choix.

Des traitements généraux qui sont applicables dans la moitié des cas, nous l'avons vu, il faut reconnaître que l'héliothérapie (ou à défaut la photothérapie générale) et le régime de Gerson sont les méthodes les

mieux adaptées au traitement antilupique et amènent la guérison dans les délais les plus rapides.

Il nous semble donc qu'une association judicieuse de la photothérapie générale à la photothérapie locale, avec adjonction du régime de Gerson, mettent le malade dans les meilleures conditions pour guérir le plus rapidement possible sa tuberculose cutanée.

Ajoutons que d'autres méthodes de traitement doivent être cependant à la portée du médecin chargé de cette thérapeutique ; sans parler des traitements internes chimiothérapiques ou vaccinothérapiques de la bacillose, qui gardent toute leur valeur.

Nous avons vu, en effet, combien la chirurgie, l'électrochirurgie, la radiothérapie même sont parfois nécessaires pour permettre l'action ultérieure de la photothérapie.

Il nous reste à savoir dans quelles conditions il est possible de faire bénéficier les malades de cette thérapeutique complexe, car elle nécessite, on le conçoit, une organisation particulière.

DEUXIÈME PARTIE

LE PROBLÈME SOCIAL
DES TUBERCULOSES CUTANÉES

CHAPITRE PREMIER

RÉSULTATS D'UNE ENQUÊTE EN LORRAINE

ARTICLE PREMIER

Buts de l'enquête

Difficultés de son interprétation

La première partie de notre thèse donne une idée d'ensemble des traitements employés contre les tuberculoses cutanées dans les hôpitaux des grands centres et en particulier dans les cliniques dermatologiques.

Nous avons voulu également nous rendre compte de la façon dont les médecins praticiens concevaient ce traitement. Nous avons donc pratiqué une enquête portant sur six départements de l'Est de la France : la Meurthe-et-Moselle, la Moselle, la Meuse, les Vosges, la Haute-Saône et la Haute-Marne, départements qui alimentent la clinique dermatologique de l'hôpital Fournier. Nous avons omis volontairement le Haut-Rhin et le Bas-Rhin, qui, quoique proches de Nancy, relèvent uniquement du centre dermatologique de Strasbourg.

De cette enquête, il résulte un certain nombre de considérations que nous allons rapporter succinctement dans ce chapitre.

Cette enquête a eu pour but : de nous rendre compte approximativement du nombre des tuberculoses cutanées rencontrées dans chacun des départements considérés, d'obtenir l'avis des médecins traitants sur ces cas. Nous avons à cet effet envoyé un questionnaire auquel nous priions le destinataire de répondre. Nous avons eu d'ailleurs la grande satisfaction de nous voir parvenir plus de 300 réponses aux quelques 750 questionnaires. L'intérêt que portent à cette question les médecins exerçant dans la région, nous a permis une approximation assez exacte des faits, compte tenu d'un certain nombre de causes d'erreur.

Ces causes d'erreur tiennent à des faits que nous allons tout d'abord envisager.

En premier lieu, le diagnostic des tuberculoses cutanées est souvent difficile. Il l'est déjà dans bien des cas, pour le spécialiste, surtout dans les cas hybrides où existe une association du bacille de Koch et d'un autre agent pathogène. Il l'est bien davantage pour le praticien qui ne voit dans sa clientèle que très peu de cas, souvent espacés d'années en années. Il est possible que des lésions bacillaires de la peau soient passées inaperçues chez certains malades, ou que, le diagnostic de lupus ait été porté sans que la tuberculose soit en cause. Cette dernière cause d'erreur nous semble peu importante.

Bien plus importante est celle résultant du fait qu'un malade atteint de tuberculose cutanée, après avoir été traité pendant des mois et quelquefois des années par son médecin habituel, sans résultat

ou tout au moins sans une amélioration rapide, s'adresse très souvent à un ou plusieurs autres médecins, pour consulter en dernier lieu un dermatologiste. Il en résulte que nous pouvons considérer comme important le nombre des malades qui figurent sur plusieurs statistiques.

Cette cause d'erreur est très fréquente, et nous en avons la preuve, car beaucoup de statistiques sont suivies de la note suivante : en désespoir de cause, j'ai expédié mon malade à un spécialiste ou à un centre hospitalier — ou bien : n'estimant pas le résultat thérapeutique suffisamment rapide, mon malade est allé voir un confrère. Bref, beaucoup de cas feront double emploi.

Nous avons pensé remédier à cette lacune, et plusieurs méthodes se sont présentées à nous :

1° Ne considérer que les réponses des médecins ne pratiquant que la médecine générale;

2° Ne considérer que les réponses des dermatologistes, des oto-rhino-laryngologistes et des médecins traitants des centres dermatologiques.

3° Ne considérer que les réponses des médecins exerçant dans les villes comprenant un nombre minimum d'habitants.

Mais, pour toutes sortes de raisons résultant des conclusions que nous a suggérées notre enquête, et qu'il serait trop long et fastidieux d'exposer ici, nous avons décidé d'exposer tels quels les résultats de notre enquête, en excluant les cas que nous savons figurer sur plusieurs réponses. Les chiffres que nous donnerons ne devront pas être considérés comme mathé-

matiquement exacts, mais ne représenteront qu'une moyenne, que nous estimons se rapprocher suffisamment de la réalité.

Dans cette statistique, en effet, nous pourrions estimer le nombre des lupus exagéré à cause des malades faisant double emploi, mais ce nombre est diminué d'autre part du fait des 350 questionnaires qui sont restés sans réponse.

ARTICLE II

Résultats généraux

Ce questionnaire, qu'il est inutile de reproduire ici dans son intégrité, se composait, en résumé, des questions suivantes :

Depuis combien de temps exercez-vous ?

Combien avez-vous rencontré de tuberculoses cutanées et quelles formes ?

Avez-vous noté chez ces malades des antécédents bacillaires ?

La tuberculose cutanée vous paraît-elle en augmentation ou en décroissance ?

Avez-vous l'habitude de traiter vous-même ?

Si oui, quels procédés employez-vous ?

Estimez-vous pouvoir assurer le traitement des tuberculoses cutanées ?

Après avoir résumé les considérations générales et donné quelques chiffres sur les réponses qui nous sont parvenues de l'ensemble de la région de l'Est, nous comparerons les données fournies en particulier par chacun des six départements considérés, puis nous parlerons des thérapeutiques employées.

Notons tout de suite que la totalité des réponses reçues est de 303, réparties de la façon suivante :

Meurthe-et-Moselle	74
Moselle	71
Vosges	66
Meuse	32
Haute-Saône	24
Haute-Marne	36

Pour ces six départements, le nombre des tuberculoses cutanées rencontrées en une moyenne de 15 ans environ, a été le suivant :

	Face —	Autres localisations —
Lupus vrais	188	6
Lupus érythémateux	131	1
Lupus ulcéreux	57	0
Lupus phagédéniques	80	2
Tuberculoses cerruqueuses..	30	8
Autres variétés de tubercu- lose cutanée	10	5

Dans la colonne « autres localisations » figurent uniquement les cas pour lesquels la variété a été signalée, non la localisation.

Pour tous les cas, au contraire, où la localisation nous a été fournie, nous n'avons pas été renseigné sur le type de tuberculose cutanée. Les cas à localisation connue se classent ainsi :

Tronc :	7		
Cou :	4		
Membres supérieurs	35, dont :	bras.....	6
—	—	avant-bras.....	4
—	—	poignets et mains	21
Membres inférieurs	14, dont :	jambes	6
—	—	pieds.....	4

Ces chiffres nous montrent que plus de 500 cas de tuberculose cutanée se sont présentés à des médecins ou dans les hôpitaux pour notre région en 15 ans, ce qui représente une moyenne de 34 cas par an. Or, le nombre des nouveaux cas qui se sont présentés à la clinique Fournier pendant l'année 1934, a été de 24. Voilà deux chiffres qui se rapprochent beaucoup, et nous pensons pouvoir dire en gros que presque tous les lupus, après avoir été traités sur place pendant de longs mois et même des années, finissent par venir consulter, soit à l'hôpital Fournier, soit chez le dermatologiste. Et nous croyons que cette différence de 10, trouvée entre le chiffre moyen de nouveaux cas qui se présentent en une année aux médecins praticiens et le chiffre moyen de nouveaux cas traités à Fournier pendant un an, correspond aux malades de la classe aisée qui consultent les spécialistes des grands centres, particulièrement Nancy et Metz.

Ces quelques considérations ont pour but de justifier le choix des départements dans lesquels nous avons poursuivi notre enquête. Il indique d'autre part, le champ d'action en matière de dermatologie de notre Faculté de Médecine.

Les chiffres que nous avons cités nous montrent de plus, et ceci ne peut pas nous surprendre, que les tuberculoses cutanées sont beaucoup plus fréquentes à la face que partout ailleurs, notre statistique nous fournissant un chiffre de 85,8 %. Parmi les tuberculoses et tuberculides cutanées, lupus de Willan et lupus érythémateux représentent une proportion de 62,9 %.

Dans les cas de tuberculoses cutanées qui nous ont été communiqués, il a été noté 42 fois des antécédents bacillaires personnels, 1 fois des antécédents collatéraux et 61 fois des antécédents héréditaires. Doit-on en conclure qu'il y a relation de cause à effet ou doit-on en croire à une coïncidence ? Certes, la tuberculose est fréquente d'une manière générale, et comme bien souvent dans notre enquête cette question est restée sans réponse, nous nous abstiendrons nous-même de répondre, aucun élément intéressant ne nous ayant été fourni à ce sujet.

De même, à la question : « estimez-vous le nombre des tuberculoses cutanées en augmentation ou en décroissance ? », la plupart ont répondu que la rareté des cas, échelonnés au nombre de deux ou trois sur un nombre important d'années ne les autorisait pas à conclure.

Et cependant, parmi les médecins exerçant depuis un minimum de trente ans, certains depuis plus de quarante ans, il semble qu'il y ait plutôt régression : en effet, 33 concluent à la diminution, 5 seulement à l'augmentation, une dizaine à la stabilisation.

Nous ne croyons pas personnellement à cette diminution, mais pensons plutôt qu'avec l'amélioration des moyens de communication, le nombre a été croissant des malades qui sont venus consulter dans des centres importants; la statistique en augmentation constante de la clinique Fournier nous le prouve.

ARTICLE III

Résultats par départements

Avant de parler des traitements entrepris par des praticiens dans les cas pour lesquels ils ont bien voulu nous donner leur avis, comparons les données des différents départements envisagés.

Pour l'appréciation des résultats, quant à la proportion des malades, il faut tenir compte de la densité des contrées et envisager non pas le nombre absolu des tuberculoses cutanées, mais le nombre relatif de cas par rapport à la densité de la population. Le tableau ci-joint nous donne la proportion pour chaque département de notre région.

	Nombre d'habitants	Nombre de tubercul. cutanées		Proportion par an et par 100.000 habitants
		en 15 ans	par an	
Mthe-et-Mlle .	550.000	166	11	2,00
Moselle	630.000	157	10,4	1,65
Vosges	382.000	130	8,6	2,26
Meuse	220.000	33	2,2	1,00
Hte-Saône ...	225.000	81	5,4	1,40
Hte-Marne ..	195.000	34	2,2	1,10

Mais ce tableau nous donne des chiffres qu'il y a lieu d'interpréter. En effet, au premier abord, il semblerait qu'on doive trouver sensiblement le même chiffre dans chacun des six départements cités, qui font partie d'une même région, dont le climat est à peu près homogène sur toute sa superficie. Or, nous trouvons une proposition qui varie de 1 à 2,26 pour 100.000 habitants. A quoi cela tient-il ? Eh bien ! il faut tout d'abord considérer, ce que nous avons d'ailleurs déjà fait remarquer, que le département de Meurthe-et-Moselle réunit non seulement les cas qui lui sont propres, mais aussi beaucoup de malades envoyés des contrées limitrophes, particulièrement les Vosges et la Meuse. La Moselle nous semble présenter un chiffre élevé, puisqu'elle fournit également une assez forte proportion de malades aux spécialistes et à la clinique dermatologique de Strasbourg.

Pour les Vosges, le chiffre est particulièrement élevé. C'est le plus haut de la région ; et il faudrait lui ajouter les nombreux cas qui viennent consulter à Nancy, et certainement aussi à Strasbourg. Ce résultat de notre enquête ne fait que confirmer ce que nous soupçonnions auparavant, les cas de lupus qui consultent à la clinique Fournier étant surtout fournis par ce département. Comment pouvons-nous expliquer ces faits ? L'interprétation qui nous a semblé la plus plausible est la rudesse du climat. Les Vosges, en effet, sont le département de l'Est où le thermomètre monte le moins haut en été, où les hivers sont les plus rigoureux, et où, la neige persiste le plus longtemps. C'est également le départe-

ment où l'on enregistre le plus de pluie. Cette influence du climat, qui a été déjà signalée par de nombreux auteurs, s'est révélée ces temps derniers d'une importance capitale. Le docteur MEYER, en effet, nous ayant communiqué les résultats de son enquête en France pour le Congrès de Dermatologie de Budapest en septembre dernier, nous a transmis les chiffres de quelques villes. Pour l'année 1934, le nombre des nouveaux cas de lupus a été le suivant :

Strasbourg	51	Pau	9
Rouen	7	Metz	1
Lille	39	Lyon.	14
Bourges	4	Orléans	3
Brest	21	Marseille	13
Rennes	11	Nancy	24
Grenoble	7	Paris	72
Saint-Etienne	6		

Ces résultats nous semblent probants. En exceptant Paris, dont l'hôpital Saint-Louis et particulièrement le centre antilupique, que dirige dans le service de M. le professeur GOUGEROT le docteur MEYER, réunissent non seulement des lupiques de l'île de France, mais aussi beaucoup de lupiques de province, nous constatons que le lupus est surtout fréquent dans les régions à climat rude et humide, dans les plaines et les plateaux exposés au nord : Nord, Lorraine, Alsace, Bretagne. Deux exceptions seulement : Marseille qui nous fournit un chiffre relativement élevé et dont nous ne voyons l'explication que dans le trafic amenant dans cette ville des sujets de tous pays, et Metz, dont le chiffre particulièrement bas nous

semble suffisamment expliqué par la proximité de deux villes de facultés : Strasbourg et Nancy.

Nancy, par sa situation au centre d'une province à climat rude et humide, nous paraît être un centre d'attraction des lupiques, qui viennent demander à la clinique de la Faculté, un traitement radical pour une affection dont la thérapeutique est si décevante par les moyens dont dispose le médecin praticien.

ARTICLE IV

Le traitement d'après l'enquête

Cette thérapeutique, quelle est-elle ? Quels sont les moyens employés en clientèle.

Notre enquête, ici encore, nous a renseigné, avec force détails. Nous en faisons figurer ici la liste, avec, à côté de chaque procédé thérapeutique, le nombre de médecins qui nous ont dit l'employer. Nous donnerons ici l'ensemble des réponses des six départements.

I. - Traitements locaux :

Scarifications	50
Thermo ou galvano cautérisation.....	46
Cryothérapie	17
Application de substances caustiques (sans préciser)	14
Permanganate de potasse	2
Acide lactique	1
Nitrate d'argent	1
Photothérapie	17
Radiothérapie	8
Diathermo-coagulation	11
Rayons ultra-violets	9

Pommades iodoformées	1
Extrait glycériné de sang de mouton	1
Huile de foie de morue en compresses humides local	1
Antigène méthylique local	1
Etincelage	2

II. - Traitements généraux :

Aurothérapie	27
Ether benzylcinnamique ou succédanés....	17
Antigène méthylique	22
Vaccinothérapie	5
Tuberculinothérapie	5
Iode et iodures.....	3
Arsenic	3
Bismuth	3
Régime déchloruré	1
Héliothérapie	1
Strychnine	1
Traitement général fortifiant.....	2
Méthode de Finikoff.....	3
Diatonine (avec Diatergol localement)....	1
Huile de foie de morue.....	1
Rayons ultra-violets	1
Chlorhydrate de choline	2
Hyposulfite de soude	1
Calomel	1
Huile de foie de morue	1

Voici les procédés thérapeutiques et les chiffres tels qu'ils nous ont été fournis. Ils nous font constater un certain nombre de faits ainsi résumés :

Les méthodes employées sont nombreuses et c'est bien là la preuve qu'aucune de ces méthodes n'a donné de résultats rapides. Bien des médecins, d'ailleurs,

pendant des carrières relativement longues, ont dû, en raison des échecs, changer plusieurs fois de thérapeutique au cours du traitement d'un même malade.

Certaines méthodes sont beaucoup plus employées : scarifications, cautérisations, cryothérapie, photothérapie, diathermo-coagulation pour les procédés locaux ; aurothérapie, antigène méthylque, éther benzylcinnamique pour les traitements généraux.

Enfin, quelques remarques s'imposent vis-à-vis de certains procédés en particulier :

L'huile de foie de morue en pansements locaux associés au même médicament *per os* n'a été employée qu'une fois sur les 668 cas de tuberculoses cutanées qui ont été le bilan de notre enquête.

Il en est de même de l'extrait glyceriné de sang de mouton ; mais cette méthode étant très nouvelle, nous ne sommes pas étonné de ce résultat. C'est toutefois une excellente méthode, et M. le professeur SPILLMANN ayant eu l'occasion de l'employer il y a peu de temps, a pu constater une rapide amélioration en suivant les indications données par RAMEL.

Parmi les traitements généraux, nous constatons la rareté de l'emploi de l'héliothérapie. C'est cependant une très bonne méthode, et qui, surveillée et associée à certains traitements locaux donne des résultats remarquables, à tel point qu'elle forme la base de la thérapeutique du Centre Antilupique de Paris, dont les malades sont envoyés, après traitement local par chirurgie, scarifications et Finsenthérapie, au centre héliothérapique de Vallauris. Cette omission nous paraît résulter de deux faits : d'abord l'absence fré-

quente de soleil dans nos régions de l'Est à laquelle il est impossible de remédier, ensuite la difficulté de faire accepter aux malades les frais d'une hospitalisation ou d'un séjour prolongé dans le Midi. Le docteur MEYER, et le docteur SAIDMAN qui dirige à Vallauris le traitement des lupiques, ont remédié en partie à cette question pécuniaire, dont il est très important de tenir compte dans la situation économique actuelle, par la création d'une association, l'Aide aux Lupiques, qui permet, par des dons généreux, l'insolation de malades, dont les ressources financières n'auraient pu supporter les frais. Et ceci est d'autant plus important, que le loup est une affection qui atteint généralement la classe pauvre, dont l'insuffisance de ressources empêche le recours à tout traitement coûteux.

Nous constatons ensuite la rareté de l'emploi des traitements généraux dits « fortifiants ». Pour n'être qu'une forme cutanée, le loup n'en est pas moins une tuberculose, exigeant pour l'état général une attention toute particulière. Nous avons d'ailleurs constaté une grande fréquence d'antécédents bacillaires chez beaucoup de ces malades, ce qui prouve l'action du terrain.

De plus, un procédé thérapeutique, qui nous semble absolument indispensable au loup, et qui n'a été mentionné dans aucune réponse, c'est la Finsentherapie. Nous nous y attendions d'ailleurs. L'appareil de Finsen est, en effet, ou tout au moins était jusqu'à présent, encombrant et coûteux et il est difficile pour un médecin praticien, et même pour un spécialiste,

d'en avoir un dans son cabinet pour le traitement d'un nombre restreint de malades. Il ne peut être réservé qu'à une clinique à grand rendement ou à un centre hospitalier important.

Il est enfin une méthode qui s'adresse aux lupus de petite dimension, et ayant une localisation ne faisant pas craindre une cicatrice, c'est la chirurgie, l'ablation au bistouri électrique et même au bistouri ordinaire. Aucune réponse ne la mentionne. C'est cependant le procédé utilisé chaque fois que les circonstances s'y prêtent, associé à d'autres méthodes, par le docteur MEYER à l'hôpital Saint-Louis.

D'ailleurs, ces méthodes de traitement fournies par notre enquête, ne sont en général pas employées séparément, mais associées, les associations les plus fréquentes étant : cryothérapie-scarifications, cryothérapie-thermo ou galvano-cautérisation, scarifications-photothérapie ou l'un de ces procédés locaux avec un traitement général, sels d'or, antigène méthylique et éther benzylcinnamique en particulier.

De plus, elles ne sont pas toujours, en réalité, celles employées par les médecins. Nombre de ceux-ci, en effet, nous les donnent comme celles qu'ils considèrent les meilleures, mais sans les avoir utilisées pour des raisons ou pour d'autres, en général à cause du refus des malades. Ils ne constituent donc pas exclusivement le résultat de l'expérience, mais en partie l'avis personnel de praticiens n'en faisant pas usage. Bien peu d'ailleurs, désirent traiter ces malades, de leur aveu même, car à la question : « Pensez-vous pouvoir assurer le traitement de la tuberculose cutanée avec

les moyens dont dispose le médecin praticien ? » Ils ont bien souvent répondu par un aveu d'impuissance. Nous avons eu, en effet, 31 « oui » et 110 « non ». Quinze médecins nous ont répondu qu'il fallait surtout compter avec chaque cas particulier. Une réponse générale est difficile.

CHAPITRE II

NÉCESSITÉ D'UN TRAITEMENT PRÉCOCE

ARTICLE PREMIER

Bons résultats par le traitement précoce

Cette enquête nous montre la difficulté du traitement du lupus : les méthodes sont multiples, les résultats aléatoires avec les moyens courants, les malades se lassent vite ; ils se lassent déjà d'une maladie aiguë à forme trainante, aussi se lassent-ils bien davantage d'une affection qui est si souvent tenace.

Et c'est d'autant plus important que, comme toute affection chronique à évolution aussi lente, le lupus guérira d'autant plus rapidement et avec d'autant moins de tendances aux récives qu'il sera traité plus précocement.

Nous avons envisagé dans l'enquête menée en Lorraine, non seulement le lupus vrai ou lupus de Wilan, non seulement les tuberculoses cutanées caractérisées principalement par la présence de bacilles dans les lésions et par l'inoculation positive au cobaye, mais aussi les tuberculides, qui tendent de plus en plus à se rapprocher des tuberculoses vraies par leurs caractères cliniques, par leur évolution, par le terrain

sur lequel elles évoluent, par leurs lésions histologiques, voire même par la présence de bacilles de Koch signalée dans quelques observations. D'ailleurs, il est des lésions qui marquent la transition et qui sans doute d'ici peu de temps, après avoir été longtemps classées parmi les tuberculides, viendront s'ajouter à la liste croissante des tuberculoses vraies.

Par conséquent, nous avons cru bon d'étudier toutes ces formes ensemble, car non seulement elles se ressemblent dans leur évolution et leurs symptômes, mais elles relèvent en partie des mêmes agents thérapeutiques.

Et cependant, le lupus de Willan étant la forme la plus courante de lésion tuberculeuse de la peau, nous l'avons surtout en vue dans l'appréciation des résultats.

Or, il est à noter que les efforts entrepris pour traiter précocement les lupiques sont de date relativement récente. Pourquoi ? — Avant de répondre à cette question, voyons ce qui se passe lors de l'apparition d'un lupus. C'est au début un petit bouton insignifiant recouvert d'une croûte, auquel le malade ne prête nulle attention, ne ressentant aucune douleur et ne se considérant que bien peu gravement atteint par une lésion aussi minime. Ce grain lupique semblera ne pas s'aggraver pendant longtemps, et ce n'est, en général, qu'au bout de plusieurs semaines, quelques mois peut-être, que le malade, s'alarmant de la ténacité, puis de la lente extension de l'affection, commencera à se traiter, mais malheureusement à se traiter lui-même.

Il est pourtant un argument qui serait des plus convaincants pour encourager le malade à se faire soigner de bonne heure, si on pouvait le lui faire comprendre ; c'est à cette époque de l'évolution de la lésion lupique que l'on obtient une forte proportion de bons et rapides résultats par des moyens très simples, guérison passagère souvent, mais dont les résultats peuvent être ultérieurement fixés par la Finsen-thérapie ou l'héliothérapie. Il suffit en effet, bien souvent d'un petit nombre de séances de scarifications ou de galvano-cautérisation ou de l'association de ces deux procédés pour obtenir une guérison quasi instantanée avec à sa suite une toute petite cicatrice ; après quoi, une surveillance médicale espacée reste seule nécessaire pour conjurer la réapparition sur la cicatrice ou à sa périphérie d'un grain de Trélat qu'une nouvelle séance guérira de nouveau.

Mais cela, le malade ne le sait pas. Il ne peut faire le diagnostic entre une granulation lupique et n'importe quelle autre lésion cutanée banale ; il ne se doute pas quelles mutilations repoussantes peuvent s'installer à la longue et même quelquefois en deux ou trois mois, comme nous en avons encore eu un exemple au dispensaire Fournier il y a cinq ou six mois, chez une femme qui en trois mois d'évolution d'un lupus phagédénique avait eu le visage entièrement envahi et une grande partie du nez rongée.

S'il savait tout cela, il ne se traiterait pas lui-même, comme c'est presque toujours le cas, par des pommades quelconques ; il ne perdrait pas un temps précieux

à laisser le bacille de Koch essaimer petit à petit autour de la lésion primitive.

C'est pourquoi il est nécessaire d'organiser dans le public une propagande antilupique comme il existe déjà une propagande antituberculeuse et une propagande antivénérienne, afin de répandre les dangers de cette affection et les moyens d'y parer.

ARTICLE II

Difficulté d'un traitement tardif

C'est cependant quand le lupus a créé des lésions irréparables, quand la tuberculose a rongé une partie de la face, et quand le malade est devenu pour son entourage un objet de répulsion, qu'il demande enfin un avis médical.

Mais à ce moment-là il est souvent trop tard, non pas toujours trop tard pour agir avec succès, mais trop tard pour faire supporter au malade de nombreuses séances d'un traitement pénible, et surtout, même s'il s'astreint à cette thérapeutique, trop tard pour obtenir une *restitutio ad integrum*. Alors que les formes bénignes de lupus au début guérissent rapidement et sans tendance marquée aux récidives, il n'en est plus de même de ces lupus étendus à extension rapide, phagédéniques. Au fur et à mesure de la guérison des lésions centrales, progressivement, malgré l'énergie et la rapidité du traitement, le lupus déborde rapidement les plages soumises à l'action de l'agent thérapeutique, et de longues applications n'aboutis-

sent souvent qu'à une amélioration à peine appréciable, qui déconcerte même le médecin.

Enfin les lésions mutilantes sont définitives et seule la prothèse sera en mesure de rendre au malade une vie sociale normale.

De plus, le traitement de la tuberculose cutanée, comme celui de nombreuses affections, n'est pas unique : autant de lupus, autant de traitements différents. Il faudra donc parfois essayer plusieurs méthodes qui seront dans le cas traité inefficaces ou insuffisamment agissantes avant de découvrir celle qui convient. Tel lupus guérira par cryothérapie, tel autre par diathermocoagulation, tel autre par rayons ultra-violets ou par Finsenthérapie, en général d'ailleurs par l'association de plusieurs de ces procédés.

Agissons donc vite pour appliquer le plus rapidement possible à chaque cas son traitement.

ARTICLE III

Dépenses occasionnées par les traitements tardifs

Mais il est une autre difficulté, que nous avons déjà effleurée et qui, elle aussi, commande d'agir vite ; si, dans cette énumération succincte d'agents physiques employés contre les tuberculoses de la peau, il en est d'application courante et simple, il en est par contre d'un maniement beaucoup plus délicat, qui demandent une main spécialement exercée, et qui sont souvent d'une installation fort onéreuse. Nous pensons particulièrement à la diathermocoagulation et à la Finsenthérapie, méthodes qui semblent actuel-

lement figurer parmi les plus efficaces. Les séances seront donc coûteuses, ce qui est un gros inconvénient, surtout à une époque de crise économique. Cet inconvénient pourra peut-être dans certains cas être évité si le malade consulte dès le début.

ARTICLE IV

Charge à la Société des traitements tardifs

Cette dépense constitue un point de vue qui intéresse la Société tout entière, car le plus souvent c'est elle qui aura à subvenir à tous ces frais.

Supposons en effet, la Société divisée schématiquement en trois groupes, qui correspondent d'ailleurs en pratique à la réalité; les payants intégraux, les assurés sociaux, les indigents.

Dans la première catégorie, nous rencontrons surtout des malades à qui une situation moyenne ne permettra pas de régler les frais importants nécessités par des applications physiothérapiques, dont le prix dépend directement de l'amortissement d'appareils fort coûteux. Elle ne permettra pas non plus, s'ils habitent loin d'un centre de traitement, des déplacements fréquents ou des frais d'hospitalisation toujours élevés. Ceux-là sont naturellement obligés d'avoir recours à des thérapeutiques, bonnes sans doute et efficaces, s'ils sont atteints de tuberculose cutanée au début, mais insuffisantes s'ils sont porteurs d'un lupus ancien ou à extension rapide.

Les assurés sociaux, eux, devront subir une partie des dépenses occasionnées par le traitement et l'hospi-

talisation, le reste étant à la charge des Assurances sociales, donc de la Société. Et combien s'élèvent rapidement les dépenses additionnées de tous les assurés !

Enfin pour les indigents, c'est la Société seule qui devra solder les dépenses. Elle ne le pourra pas toujours, car elle sera souvent représentée par une commune pauvre, dont le budget sera insuffisant pour assurer à un seul de ses membres de longues semaines d'hospitalisation ou des déplacements fréquents et longtemps répétés.

Ces quelques considérations nous permettent de nous rendre compte d'abord de la nécessité de l'effort entrepris depuis plusieurs années auprès des malades pour qu'ils se fassent traiter dès le début de leur affection, ensuite de l'utilité du traitement collectif entrepris au Danemark, en Belgique, à Paris et dans quelques villes de province, notamment à Nancy, pour les cas où les moyens courants dont dispose le médecin praticien ne sont pas efficaces, et où il est nécessaire d'employer cryothérapie, rayons ultra-violets, diathermocoagulation et surtout Finsenthérapie, qu'il est généralement impossible de prévoir dans une installation de médecine générale.

Elles nous montrent surtout qu'il faut agir le plus vite possible avec les moyens simples et maniables que pourra employer tout médecin praticien, et qui, s'ils ne suffisent pas en général à guérir définitivement une tuberculose cutanée soignée à son début, enraieront temporairement son évolution et prépareront le terrain à un traitement curateur.

Dans ce chapitre sur les avantages du traitement précoce, nous n'avons parlé que des traitements locaux les plus employés, et nos omissions sont volontaires, car nous n'avons pas voulu dresser la liste des différents procédés thérapeutiques employés contre le lupus, mais ne donner que quelques exemples. Nous n'avons pas non plus insisté sur les thérapeutiques générales, car elles ne peuvent être employées seules et ne sont qu'un adjuvant des traitements locaux ; de plus, elles sont à la portée de tout médecin et présentent les indications et contre-indications de toute tuberculose.

D'ailleurs, cette revue thérapeutique est le but de la première partie de notre travail.

CHAPITRE III

ORGANISATION DU TRAITEMENT L'ASSOCIATION POUR L'AIDE AUX LUPIDES

Nous voici donc en face d'une affection dont la thérapeutique présente bien des difficultés : diagnostic tardif, traitement aléatoire, appareils coûteux. Comment remédier à cet état de choses ? Comment a-t-on déjà tenté d'y remédier ? Voilà la question que nous nous sommes posée et que nous allons essayer de solutionner, principalement au point de vue social.

Beaucoup de procédés thérapeutiques sont bons, mais l'expérience de ces dernières années a montré qu'il en était de particulièrement efficaces, sur lesquels on pouvait compter pour obtenir la guérison du lupus, d'abord et avant tout des méthodes locales : cryothérapie, galvano cautérisation, diathermo coagulation, photothérapie, puis, pour compléter l'action de ces médications, l'héliothérapie, dont l'action semble de plus en plus nécessaire.

Ces méthodes ne doivent pas être employées au hasard, mais selon chaque cas particulier, et cependant, pour le lupus vrai, il est une règle générale de conduite, qui, croyons-nous avec le professeur SPILL-

MANN, doit dorénavant nous servir de guide. Elle tend à la destruction des granulations de Trélat, puis à la stabilisation des résultats.

La destruction des grains lupiques est pratiquée à la clinique de dermatologie de la façon suivante : application de neige carbonique à l'aide d'un crayon, sans interposition entre la neige et la peau, qui agit déjà sur la lésion et provoque un certain degré d'anesthésie par le froid, puis scarifications ou galvano-cautérisation, méthodes qui tendent actuellement à être remplacées par l'électrocoagulation, dont les résultats paraissent surprenants.

Malgré tout, les malades ne sont pas à l'abri d'une récurrence, et les résultats doivent être stabilisés par la photothérapie. La Finsenthérapie fut en 1900 une révélation. Mais elle fut au début une méthode fort onéreuse et d'installation compliquée, ce qui fit que très peu de cliniques dermatologiques purent en être dotées, et que Copenhague resta même pendant longtemps le seul centre possédant l'appareil de Lomholt en 1928 et surtout avec le nouvel appareil dont le docteur MEYER prépare la mise en œuvre, elle est actuellement à la portée d'hôpitaux comme celui de Nancy.

C'est pourquoi, le professeur SPILLMANN vient de doter la Clinique Dermatologique de ce nouvel appareil (2 janvier 1936) ce qui permettra de guérir les lupiques de la région, ceux qui étaient déjà adressés à la clinique, ceux qui seront dirigés à l'avenir sur l'hôpital Fournier par les médecins qui connaîtront

l'installation à Nancy des derniers perfectionnements thérapeutiques du loup.

Le professeur SPILLMANN a donc organisé à la Clinique Fournier un véritable centre antilupique tel qu'il en existe un à l'hôpital Saint-Louis, et voici pour nous une occasion de plus de rendre hommage à notre Maître pour son œuvre médicale et sociale à laquelle il se donne avec tant de désintéressement.

Non seulement tous les loup, toutes les formes de tuberculose cutanée pourront être blanchies en quelques séances, mais ce résultat pourra être entretenu à l'aide des rayons infra rouges. Une seule chose manquera aux malades, le soleil, obstacle que nous ne pourrions vaincre directement, mais qui n'est pas absolu, et qui, s'il est un bon adjuvant thérapeutique, n'est pas indispensable pour empêcher les récidives avec un centre de traitement tel que celui de l'hôpital Fournier.

En conclusion, le progrès capital, c'est la Finsen-thérapie, c'est la possibilité pour un centre important comme celui de Nancy de pouvoir faire bénéficier de cet appareil toutes les classes de la société de notre région. La question est donc résolue pour Nancy et ses environs.

Elle semble encore en suspens pour les indigents et les assurés sociaux habitant loin de notre ville, et qui ne peuvent payer les frais de déplacement.

Elle le semble également encore pour l'emploi de l'héliothérapie. En effet, la plupart des malades ne peuvent subvenir aux frais d'hospitalisation dans un

sanatorium méditerranéen, qui constituerait cependant une cure efficace pour leur état général.

Ces deux difficultés, pour l'instant, sont, en partie seulement aplanies. Elles le sont par une organisation sociale fondée en juillet 1933, qui s'adresse à des dons généreux et qui a aussi en partie résolu le problème de l'emploi des lupiques, dont l'affection constitue un obstacle à bien des carrières.

L'Association pour l'Aide aux Lupiques, en effet, qui a son siège social à Paris, possède un article 2 qui résume son but même, et que voici reproduit :

ARTICLE 2. — Les moyens d'actions de l'Association sont :

- 1° Des conseils et des secours individuels aux malades et à leurs familles, en accord avec les médecins traitants et les diverses organisations sociales ;
- 2° L'organisation du travail des malades dont les capacités sont réduites, soit par suite de la maladie, soit par suite des nécessités du traitement ;
- 3° La création ou la subvention de centres de traitement là où ils feraient défaut ou seraient insuffisants d'abris permettant aux malades de séjourner le temps nécessaire à proximité des centres de traitement — d'institutions destinées à assurer le séjour au grand air aux enfants ou aux adultes qui en auraient besoin ;
- 4° Une propagande destinée à coordonner les efforts des diverses organisations sociales et des médecins praticiens et spécialistes ;
- 5° Eventuellement des missions scientifiques et des prix destinés à encourager tous travaux relatifs au traitement de la tuberculose cutanée.

Il faut ajouter à tous ces efforts entrepris pour l'amélioration du sort des lupiques quelques ques-

tions de détail, par exemple une réduction de 50 % sur le tarif des chemins de fer, accordée à tout loupique se rendant à Saint-Louis pour traitement.

Le traitement des malades effectué dans les grands centres pourra, grâce aux subventions accordées par cette Association, être complété par une cure d'héliothérapie dans un des sanatoria aménagés spécialement pour recevoir les loupiques, Palavas, Odeillo et Vallauris.

CONCLUSIONS

De l'étude que nous venons de faire sur les traitements du lupus, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

1° Il existe à l'heure actuelle un ensemble de méthodes qui donnent des résultats très supérieurs aux autres, que ce soit au point de vue de la guérison définitive et rapide des lésions, ou au point de vue des résultats esthétiques. Ce sont : la diathermo-coagulation, l'héliothérapie, le régime de Gerson, et surtout le traitement local par la photothérapie dérivée de la méthode de Finsen au moyen de la lampe à arc ;

2° Le traitement par les moyens physiques et par la thérapeutique générale, dont peuvent disposer les médecins praticiens, donne des résultats difficiles et précaires, dont se lassent très rapidement médecins et malades, en raison des récives continuelles auxquelles ceux-ci sont sujets avec les procédés thérapeutiques employés ;

3° L'organisation d'un centre régional de traitement nous a semblé indispensable à Nancy. Ce centre devra posséder tout l'appareil nécessaire à la guérison du lupus et à la stabilisation de cette guérison.

Dès maintenant le centre anti-lupique de Nancy est prêt à fonctionner. Nous pourrons ainsi espérer recueillir et améliorer sinon guérir tous les lupiques qui sont envoyés à l'hôpital Fournier de toute notre région de l'Est.

BIBLIOGRAPHIE

- AUDRY. — Projet d'assistance médicale antilupique. *Revue française de Dermatologie et Vénéréologie*, 8^e année, n^o 4. Avril 1932, p. 195-199.
- BAGNOLI (Nino). — Sur l'action et les inconvénients des préparations auriques dans la dermothérapie antituberculeuse. *Archivio italiano di Dermatologia*, juin 1934.
- BEHAEGEL. — Traitement du lupus par le radium sous-cutané. *Annales de Dermatologie et Syphiligraphie*, 1931, p. 154.
- BESNIER (E.). — Traitement du lupus vulgaire. *Annales de Dermatologie et Syphiligraphie*, 25 août 1883, p. 408 et suivantes.
- BIE et LARSEN. — Notes bactériologiques de l'Institut Finsen. Copenhague, Janvier 1899.
- BROCQ (L.). — Traitement des dermatoses par la petite chirurgie et les agents physiques, Paris 1898. Carré et Naud, éditeurs.
- Traité élémentaire de dermatologie pratique. Doin, Paris 1907.
- BRUNER et WARSOWICZ. — Corrélation de la tuberculose lupique avec la tuberculose pulmonaire. *Annales de Dermatologie et Syphiligraphie*, mai 1935.
- CABRE CLARAMUNT. — Traitement intradermique du lupus par application focale. *Ecos españoles de Dermatologia y Sifilografía*, février 1934.
- Congrès des Dermatologistes de Syphiligraphes de langue française, Bruxelles, 1926. Rapport sur l'état actuel du traitement des lupus et des tuberculoses cutanées. (Hal-kin, François et Dekeyser).

- Congrès de Dermatologie*. Copenhague 1930. — Les tuberculoses cutanées et leur traitement. Rapports d'Adamson, Axel Reyn, Brusgaard, Covisa, Jesionek, François, Rabello.
- Congrès de la lumière*. Copenhague, 1932. — Action des bains de lumière dans la tuberculose. Rapports de Gauvain, Jesionek, Memmesheimer, Héringa, Ethel, Clausen, Aimes, Bronstein, Bruner.
- COURMONT, GAUCHER et PICHAT. — Action bactéricide des sels d'or pour le bacille de Koch *in vitro* et *in vivo*. *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 25 octobre 1934.
- CROSTI et SCOLARI. — Le régime de Gerson-Hermannndorfer-Sauerbruck dans la tuberculose cutanée. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*. Vol. LXXII, fasc. 4, août 1931, p. 898.
- DARBOIS (Paul). — Traitement du lupus d'après l'âge, le sexe, les conditions sociales. Thèse de Paris, 1901.
- DARIER (J.). — Précis de Dermatologie. Masson, Paris 1928.
- Traitement du lupus vulgaire par les injections de tuberculine. *Société de Dermatologie*, Mars 1905.
- DAUBAN. — Emploi de l'air surchauffé en Dermatologie. Thèse de Paris, 1902.
- DELILLE (Armand), LESTECQUEY et M^{lle} BABESSA. — Lupus disséminé et pneumothorax. Résultats de l'héliothérapie. *Société de Pédiatrie*, 21 novembre 1935.
- DOIFFEL (J.). et PASSARGE (W.). — Traitement local de la tuberculose par l'Ektebin associé au régime déchloruré. *Dermatologische Wochenschrift*, 8 septembre 1934.
- DU COURTIOUX (Marcel). — De quelques méthodes de traitement du lupus tuberculeux (diathermo-coagulation, caustiques, photothérapie). Thèse de Paris, 1927.
- Le traitement par l'électrocoagulation de certaines formes de tuberculose cutanée (lupus, tuberculose verruqueuse, ulcères tuberculeux). *Presse médicale*, 40^e année, n^o 84, 19 octobre, p. 1581.

- Deux traitements des tuberculoses cutanées : l'électro-chirurgie et les irradiations locales à la lampe de quartz. *Revue d'actinologie et de physiothérapie*, septembre-octobre 1934.
- ELIET. — Héliothérapie des tuberculoses cutanées. *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 10 novembre 1934.
- FERNET. — Les sels d'or dans le traitement des tuberculoses cutanées et des tuberculides. *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 10 février 1932.
- FINSSEN. — La Photothérapie. Carré et Naud, éditeurs, Paris, 1899.
- Les rayons chimiques concentrés appliqués à la thérapeutique du lupus vulgaire. *Semaine médicale*, décembre 1897.
- FRANÇOIS (Paul). — Traitement du lupus vulgaire. *Annales de Dermatologie et Syphiligraphie*, 1931, p. 82.
- Traitement du lupus par l'actinothérapie. *Bulletin de la Société Française de Dermatologie*, 1929, p. 639.
- GERSON. — *Mein Diät*. Ullstein, éditeur, Berlin 1930.
- GOUGEROT. — La Dermatologie en clientèle, Maloine, éditeur, Paris, 1932.
- GOUGEROT et BURNIER. — Traitement des tuberculoses cutanées par les injections locales de sels d'or. *Revista argentina de Dermatosifilologia*, t. XVI, novembre 1932, p. 229.
- HESSE. — La radiothérapie du lupus. *Dermatologische Wochenschrift*, Janvier 1934.
- KOCH (F.) et BRIKENMAIER. — Le traitement radiothérapique du lupus vulgaire est-il encore motivé ? *Dermatologische Wochenschrift*, 17 février 1934.
- LEREDDE. — La photothérapie et ses applications à la thérapeutique des affections cutanées. *Bulletin général de thérapeutique*, 30 janvier 1901.
- LOUSTE et THIBAUT. — Le traitement du lupus tuberculeux cutané. *Annales de Dermatologie et Syphiligraphie*, 1931, p. 99.
- MEYER (Jean). — Traitement du lupus tuberculeux. *Gazette médicale du Centre*, janvier 1928.

- Irradiations en damier dans le traitement des tupus tuberculeux, II^e Congrès international de la lumière. Copenhague, 1932.
- La Photothérapie des muqueuses dans le lupus tuberculeux. *Bulletin de la Société de Dermatologie*, 1933, p. 1649.
- Le lupus tuberculeux au point de vue social. *Bulletin de la Société de Dermatologie*, 1933, p. 750.
- Photothérapie du lupus tuberculeux. *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 25 février 1933, p. 125.
- Notions nouvelles sur le lupus tuberculeux. *Archives de la clinique de l'hôpital Saint-Louis*, septembre 1933, n^o 19.
- Traitement chirurgical des lupus tuberculeux étendus. *Bulletin de la Société de Dermatologie*, 1934, p. 1646.
- Traitement chirurgical et physiothérapique du lupus tuberculeux. *Bulletin général de thérapeutique*, tome 186, 1935, n^o 3, p. 118.
- MEYER (Jean) et LITTRÉ. — Appareillage prothétique du lupus nasal. *Bulletin de la Société de Dermatologie*, 1929, p. 639.
- MOURE. — A propos du traitement chirurgical du lupus. *Bulletin de la Société de Dermatologie*, 1933, p. 712.
- A propos du traitement des anciens lupus tuberculeux par greffes tubulées. *Bulletin de la Société de Dermatologie*, 1934, p. 136.
- OSTROWSKY. — A propos du traitement de différentes formes de tuberculose cutanée et des muqueuses par des pansements à la tuberculine. *Société de Biologie*, 16 octobre 1933
- PEYRI. — Conseils sur le traitement du lupus et des tuberculoses cutanées. *Ecos espagnoles de Dermatologie y Sifilografía*, 7^e année, n^o 4, janvier 1931, p. 234.
- RAMEL. — Du traitement biologique de certaines tuberculoses cutanées par un extrait glycéринé total de sang de mouton. *Bulletin de la Société de Dermatologie*, mars 1934.
- RAVAUT (Paul). — Traitement électrochirurgical du lupus tuberculeux, III^e Congrès des Dermatologistes et Syphiliographes de langue française.

- ROST, KELLER et MARCHIONNINI. — Diagnostic et traitement des tuberculoses de la peau dans la pratique. *Bibliothèque des tuberculoses de Rabinovitch*, Leipzig, 1930.
- SAÏDMAN. — Les rayons ultra-violetes en thérapeutique. Doin, éditeur, Paris, 1928.
- SCHRENS (Th.) et ENGELHARDT (W.). — Traitement du lupus vulgaire par les rayons limite et le régime associés. *Dermatologische Wochenschrift*, 11 novembre 1933.
- SÉZARY, DUCOURTIOUX et BARBARA. — Présentation de lupiques traités par l'actinothérapie locale. *Bulletin de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 9 juillet 1931.
- SPILLMANN. — De l'utilité de la création de centres régionaux pour le traitement des lupus tuberculeux. *Revue d'Hygiène et de Prophylaxie sociales*, octobre 1926.
- SPILLMANN et CRÉHANGE. — La Diathermo-coagulation en Dermatologie. *Bulletin de la Société française de Dermatologie et Syphiligraphie*, décembre 1929.
- THIBAUT. — A propos de l'exérèse des lupus tuberculeux. *Bulletin de la Société française de Dermatologie et Syphiligraphie*, 1934, p. 1845.
- WOLK. — Traitement du lupus vulgaire et régime de Gerson. *Wiener Klinische Wochenschrift*, n° 48.
-

VU :
Nancy, le 18 Janvier 1936.
Le Président de Thèse,
L. SPILLMANN.

VU ET APPROUVÉ :
Nancy, le 18 Janvier 1936.
Le Doyen de la Faculté de Médecine,
L. SPILLMANN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Nancy, le 19 Janvier 1936.
Le Recteur de l'Académie,
L. BRUNTZ,
Président du Conseil de l'Université.

TABLE DES MATIÈRES

Préface	Pages 7
Introduction	9

PREMIÈRE PARTIE LES TRAITEMENTS DU LUPUS

CHAPITRE PREMIER. — <i>Historique</i>	13
CHAPITRE II. — <i>Traitement interne du lupus tuberculeux</i>	17
I. Les agents antituberculeux	19
II. — Les médicaments antiscrofuleux	24
III. — Hétérothérapie antisypilitique	25
IV. — Traitement général par les agents physiques	26
V. — Traitements diététiques	28
CHAPITRE III. — <i>Traitement local</i>	31
I. — La thérapeutique locale spécifique	33
II. — Les interventions destructives	34
III. — Actinothérapie	45
Conclusions sur le traitement du lupus tuberculeux	65

DEUXIÈME PARTIE
LE PROBLÈME SOCIAL
DES TUBERCULOSES CUTANÉES

CHAPITRE PREMIER. — <i>Résultats d'une enquête en Lorraine</i>	69
Article premier. — Buts de l'enquête. Difficultés de son interprétation	69
Article II. — Résultats généraux	72
Article III. — Résultats par départements	76
Article IV. — Le traitement d'après l'enquête ..	76
CHAPITRE II. — <i>Nécessité d'un traitement précoce</i>	85
Article premier. — Bons résultats par le traitement précoce	85
Article II. — Difficulté d'un traitement tardif ..	88
Article III. — Dépenses occasionnées par les traitements tardifs	89
Article IV. — Charge à la Société des traitements tardifs	90
CHAPITRE III. — <i>Organisation du traitement. L'Association pour l'aide aux lupides</i>	93
CONCLUSIONS	96
BIBLIOGRAPHIE	101



IMPRIMERIE G. THOMAS

28, rue de Salignac

NANCY

